



KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



Akademische Pflege und erweiterte Pflegepraxis in der ambulanten und stationären Altenhilfe der Caritas (AP)²-Caritas

Endbericht

Das Forschungsprojekt wurde gefördert im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2020 des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration, Aktenzeichen: 80311/216/000/01/01.

Vorwort

Seit der Einführung der Pflegeversicherung vor fast 30 Jahren hat sich viel verändert. Die komplexen Bedarfe von chronisch und vielfach erkrankten pflegebedürftigen Menschen nehmen, nicht zuletzt auch aufgrund des demographischen Wandels, stetig zu. Auch haben sich die Ansprüche an eine qualitativ hochwertige Pflege verändert. Trotz dieser Veränderungen arbeitet die Pflege immer noch in einem schmal ausgeschnittenen Aufgabenbereich, obwohl sie viel mehr zur Versorgung von Menschen beitragen könnte.

Den veränderten Anforderungen in der Pflege bereits in der Ausbildung Rechnung zu tragen, ist das Ziel des Pflegeberufgesetzes, das 2020 in Kraft getreten ist. Dazu gehört auch, Pflegekräfte über eine akademische Qualifizierung zu gewinnen und ihnen dadurch neue berufliche Perspektiven zu eröffnen. Es bedarf dringend einer Ausweitung der Handlungsautonomie und des Handlungsfeldes der in der Pflege Tätigen, wie beispielsweise das Recht, Medikamente zu verordnen und das Recht, als Expert*innen den gesamten Pflegeprozess selbstständig zu organisieren und zu managen. So kann das Berufsfeld Pflege aufgewertet werden und Klient*innen und Angehörige erhalten eine bessere Unterstützung.

In Skandinavien oder dem angelsächsischen Raum hat sich der Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegekräften in bestimmten Versorgungsbereichen bereits bewährt. In Deutschland führt das Angebot akademischer Qualifikationen in den Handlungsfeldern der Pflege jedoch häufig noch zu Diskussionen, Fragen und Irritationen. Darum haben der Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg und die diözesane Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe, Hospizarbeit und Pflege zusammen mit der Hochschule Furtwangen und der Katholischen Hochschule Freiburg das Projekt **(AP)²-Caritas – „Akademische Pflege und erweiterte Pflegepraxis in der ambulanten und stationären Altenhilfe der Caritas“** durchgeführt. Das Projekt wurde gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg, dem an dieser Stelle ein besonderer Dank für die Unterstützung gilt. Ebenso möchte ich allen Beteiligten des Projektbeirats und der Projektgruppe herzlich für ihr Engagement und vor allem auch für ihre Weitsicht danken. Gleiches gilt für alle externen Akteur*innen, die sich durch dieses Projekt mit uns auf den Weg machen, um die Akademisierung in der Pflege ein Stück weiter voranzubringen.

Die möglichen Handlungsfelder, Aufgaben und Verantwortungsbereiche für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte im ambulanten und stationären Pflegebereich und im Quartier waren in Deutschland vor dem Projekt nur unzureichend beschrieben und erprobt. (AP)² Caritas setzte sich mit den Aufgaben und Tätigkeiten von akademischen Pflegefachkräften in

unterschiedlichen Pflegesettings auseinander, aber auch mit den erforderlichen Rahmenbedingungen, damit akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte erweiterte Rollen, Aufgaben und Spezialisierungen im Versorgungsgeschehen übernehmen können. Der Anspruch des Projektes war und ist es, eine Übertragbarkeit über die beteiligten Projektpartner hinaus zu schaffen und damit einen maßgeblichen und nachhaltigen Beitrag zur Entwicklung der pflegerischen Praxis zu gewährleisten.

Birgit Schaer

Vorständin des Diözesancaritasverbands (DiCV)

Projektsteckbrief

Titel	Akademische Pflege und erweiterte Pflegepraxis in der ambulanten und stationären Altenhilfe der Caritas
Projektlaufzeit:	12/2020 – 04/2023
Aktenzeichen	80311/216/000/01/01
Wissenschaftliche Partner*innen	Diözesancaritasverband (DiCV): Birgit Schaer Benjamin Drescher Theresa Laschewski, M.Sc. Katja Rambach, M.A. Daniela Züfle Ruth Eberle Katholische Hochschule Freiburg (KHF)/Institut für Angewandte Forschung (IAF): Prof. ⁱⁿ Dr. Nadine Konopik Prof. ⁱⁿ Dr. Mirella Cacace Alisa Stephan, B.A. Katharina Hartmann, M.A. Jessica Beyerbach, B.A. Sophia Schreier Hochschule Furtwangen (HFU)/Institut Mensch, Technik und Teilhabe (IMTT): Prof. Dr. Peter König Ulrike Lindwedel, M.Sc., Dr. (cand.) Theresa Laschewski, M.Sc. Max Wessel, M.Sc.

Akademische Pflege und erweiterte Pflegepraxis in der ambulanten und stationären Altenhilfe der Caritas (AP)²-Caritas

Endbericht

Mirella Cacace, Peter König, Nadine Konopik, Theresa Laschewski, Ulrike Lindwedel, Alisa Stephan (in alphabetischer Reihenfolge)

September 2023

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Projektsteckbrief	5
Inhaltsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	12
Abbildungsverzeichnis	13
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Einleitung	15
2 Projektauftrag	19
3 Projektdesign	20
3.1 Scoping Reviews	21
3.2 Qualitative Datenanalyse	21
3.2.1 Semistrukturierter Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument	22
3.2.3 Einzelinterviews mit Expert*innen	22
3.2.4 Gruppendiskussionen	23
3.2.5 Stichprobenauswahl und Rekrutierung	23
3.2.6 Datenerhebung und Datenschutz	24
3.2.7 Datenaufbereitung und Auswertung.....	24
4 Literaturübersichtsarbeiten	27
4.1 Ergebnisse der Literaturübersichtsarbeit national	28
4.1.1 Berufsbezeichnungen von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen	28
4.1.1.1 Pflegefachperson, B.A. und spezialisierte Pflegefachperson	31
4.1.1.2 Pflegeexpert*in/Fachexpert*in	31
4.1.2 Aufgaben und Tätigkeiten von aqP	32
4.1.3 Bezug zu den Kompetenzniveaus.....	37
4.1.4 Aktuelle Situation der akademisierten Pflege in Deutschland	38
4.1.5 Fazit	39
4.2 Ergebnisse der Literaturübersichtsarbeit international	41
4.2.1 Länderspezifische Studien	42
4.2.2 Setting	43
4.2.3 Pflegerische Bezeichnungen.....	43
4.2.4 Aufgaben.....	44
4.2.4.1 Assessment	44
4.2.4.2 Diagnosestellung	46
4.2.4.3 Verschreiben von Medikamenten	47
4.2.4.4 Fach-/krankheitsspezifische Aufgaben	48

4.2.4.5 Gesundheitsförderung und Prävention	49
4.2.4.6 Family Support	51
4.2.4.7 Leadership	52
4.2.4.8 Prozessmanagement	52
4.2.4.9 Feststellen des Todes	54
4.2.4.10 Monitoring	54
4.2.5 Rahmenbedingungen	55
5 Ist-/Soll-Kriterien	56
5.1 Rollen	56
5.2 Kompetenzen	56
5.3 Tätigkeiten	56
5.4 Aufgaben(-bereiche)	57
5.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit	57
5.6 Hochschulische Qualifikation	58
5.7 Personalgewinnung von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften	58
6 Empirische Ergebnisse	59
6.1 Aufgaben und Tätigkeiten	59
6.1.1 (Aus)-Bildung	59
6.1.1.1 Interne Schulungen	59
6.1.1.2 Praxisanleitung	60
6.1.1.3 Begleitung Studierender	60
6.1.1.4 Ausbildungs- und Praxiskoordination	61
6.1.1.5 Schulung der Praxisanleiter*innen	62
6.1.2 Beratung	62
6.1.2.1 Kollegiale Beratung	62
6.1.2.2 Beratung An- und Zugehöriger	63
6.1.2.3 Lotsenfunktion	64
6.1.2.4 Gesundheitsberatung	64
6.1.2.5 Beratung zur professionellen Entscheidungsfindung	65
6.1.3 Förderung von Digitalisierungsprozessen	65
6.1.3.1 Fachliche Mitarbeit an der Entwicklung von Apps, Programmen und Dokumentationssystemen	66
6.1.3.2 Nutzung von assistiver Technik	66
6.1.4 Pflegewissenschaft	66
6.1.4.1 Pflegefachliches Arbeiten	66
6.1.4.2 Konzeptionelles Arbeiten und Implementierung	67
6.1.4.3 Pflegeforschung	68
6.1.5 Public Health Nursing/Community Oriented Nursing	68

6.1.5.1 Prävention und Gesundheitsförderung	68
6.1.5.2 Gemeindepflege	69
6.1.6 Inter- & intraprofessionelle Zusammenarbeit	69
6.1.6.1 Netzwerkarbeit.....	69
6.1.6.2 Fachlicher Austausch	71
6.1.6.3 Steuerung der externen Akteure	72
6.1.7 Pflege- und Therapieprozessverantwortung	73
6.1.7.1 Assessment, Diagnostik (Ist-Analyse, Erfassen der Situation).....	73
6.1.7.2 Bedarfserhebung	74
6.1.7.3 Ausübung von Heilkunde (§ 63 Abs. 3c, § 64d SGB V)	75
6.1.7.4 Direkte Patient*innenversorgung	76
6.1.8 Case Management.....	77
6.1.8.1 Schnittstellenmanagement	77
6.1.8.2 Krisenmanagement	77
6.1.8.3 Monitoring.....	78
6.1.9 Qualitätsmanagement	78
6.1.9.1 Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung	78
6.1.9.2 Prozessoptimierung und Ergebnisoptimierung	79
6.2 Rahmenbedingungen	79
6.2.1 Fehlende Rahmenbedingungen in Bezug auf Verantwortung und Haftung für heilkundliche Tätigkeiten.....	79
6.2.2 Fehlende Rahmenbedingungen für die Übernahme von Heilkunde	81
6.2.3 (Fehlende) Rahmenbedingung für Modellvorhaben.....	83
6.2.4 Qualifikationsniveaus	84
6.2.5 Zusatzqualifikationen	84
6.2.6 Professionalisierung.....	85
6.2.6.1 Professionalisierung der Praxis	85
6.2.6.2 Selbstbild der Pflege.....	86
6.2.6.3 Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	86
6.2.6.4 Berufspolitik	87
6.2.7 Integration von akademisch qualifizierten Pflegekräften	88
6.2.7.1 Einsatzbereiche für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen	88
6.2.7.2 Einrichtungskultur	89
6.2.7.3 Stellenausschreibung	91
6.2.7.4 Motivationen der aqP.....	91
6.2.7.5 Möglichkeiten der beruflichen Karriere	92
6.2.7.6 Akzeptanz von akademisch qualifizierten Pflegekräften	93
6.2.7.7 Positive Außendarstellung der Organisationen durch aqP	93

6.2.7.8 Berufserfahrung der aqP	94
6.2.9 Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit.....	95
6.2.9.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit	95
6.2.9.2 Intraprofessionelle Aufgabenverteilung	96
6.2.9.3 Fehlende intraprofessionelle Akzeptanz der aqP	96
6.2.10 Finanzierung	97
6.2.10.1 Finanzierung von akademisch qualifizierten Pflegekräften	97
6.2.10.2 Finanzierung von Innovationen und Verstetigung von Projekten	99
6.2.10.3 Heilkundliche Tätigkeiten und Budgetierung	100
6.2.11 Kompetenzen	100
6.2.11.1 Fachkompetenz	101
6.2.11.2 Transferkompetenz.....	101
6.2.11.3 Methodenkompetenz	102
6.2.11.4 Interkulturelle Kompetenz.....	102
7 Synopse der empirischen Daten und der Literatur.....	104
7.1 Aufgaben und Tätigkeiten.....	104
7.1.1 (Aus-)Bildung	105
7.1.2 Beratung.....	106
7.1.3 Case Management.....	107
7.1.4 Förderung von Digitalisierungsprozessen.....	108
7.1.5 Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit.....	108
7.1.6 Pflegewissenschaft	109
7.1.7 Pflege- und Therapieprozessverantwortung	109
7.1.8 Public Health Nursing.....	110
7.1.9 Qualitätsmanagement	111
7.2 Rahmenbedingungen	112
7.2.1 Rahmenbedingungen für die Förderung und Regulierung durch Staat und Selbstverwaltung.....	112
7.2.2 Rahmenbedingungen für die berufspolitische Vertretung	113
7.2.3 Rahmenbedingungen für Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie Kommunen	113
7.2.4 Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte	114
8 Handlungsempfehlungen nach Zielgruppe	116
8.1 (Hochschul-) Politische Entscheidungsträger*innen.....	116
8.2 Berufspolitische Vertreter*innen	118
8.3 Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie Kommunen	120
8.4 Berufsgruppe der aqP.....	121
9 Juristisches Gutachten.....	123

10 Diskussion	136
11 Fazit	143
Literaturverzeichnis	145
Glossar	156
Anhang	157
Detailliertes Vorgehen der Identifizierung relevanter Studien nationaler Review	157
Detailliertes Vorgehen der Identifizierung relevanter Studien internationaler Review	159

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsbezeichnungen von aqP.....	28
Tabelle 2: Aufgaben und Tätigkeiten akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen	32
Tabelle 3: Länderspezifische Studien	42
Tabelle 4: Setting international.....	43
Tabelle 5: Ist-/Soll-Kriterien Rollen.....	56
Tabelle 6: Ist-/Soll-Kriterien Kompetenzen.....	56
Tabelle 7: Ist-/Soll-Kriterien Tätigkeiten	56
Tabelle 8: Ist-/Soll-Kriterien Aufgaben(-bereiche)	57
Tabelle 9: Ist-/Soll-Kriterien Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	57
Tabelle 10: Ist-/Soll-Kriterien Hochschulische Qualifikation	58
Tabelle 11: Ist-/Soll-Kriterien Personalgewinnung von aqP	58
Tabelle 12: (Aus-)Bildung.....	105
Tabelle 13: Beratung	106
Tabelle 14: Case Management	107
Tabelle 15: Förderung von Digitalisierungsprozessen	108
Tabelle 16: Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit	108
Tabelle 17: Pflegewissenschaft.....	109
Tabelle 18: Pflege- und Therapieprozessverantwortung.....	109
Tabelle 19: Public Health Nursing	110
Tabelle 20: Qualitätsmanagement	111
Tabelle 21: Rahmenbedingungen für die Förderung und Regulierung durch Staat und Selbstverwaltung	112
Tabelle 22: Rahmenbedingungen für die berufspolitische Vertretung	113
Tabelle 23: Rahmenbedingungen für Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie Kommunen	113
Tabelle 24: Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte	114
Tabelle 25: PICo Schema Review international	159

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Projektablaufes (eigene Darstellung).....	20
Abbildung 2: Aufgabenbereiche akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen.....	104
Abbildung 3: PRISMA Flow Diagramm nationaler Review	158
Abbildung 4: PRISMA Flow Diagramm internationaler Review	161

Abkürzungsverzeichnis

AFBW	Ausbildungsfonds Baden-Württemberg
ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurse
aqP	akademisch qualifizierte Pflegefachperson
B.A./B.Sc.	Bachelor of Arts, Bachelor of Science
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPA	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
CHN	Community Health Nursing/Nurse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DICV	Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.
DQR	Deutscher Qualitätsrahmen
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EBN	Evidence Based Nursing
EU	Europäische Union
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HFU	Hochschule Furtwangen
HKÜtrRL	Heilkundeübertragungsrichtlinie
IAF	Institut für Angewandte Forschung
ICN	International Council of Nurses
IMTT	Institut Mensch, Technik und Teilhabe
KHF	Katholische Hochschule Freiburg
M.A./M.Sc.	Master of Arts/Master of Science
NHS	National Health Service
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PDL	Pflegedienstleitung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
QN	Qualifikationsniveau
RKI	Robert Koch-Institut
RNS	Rural Nurse Specialist
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Die Anforderungen an die pflegerische Versorgung in Deutschland werden fortlaufend komplexer (Deutsche Hochschulmedizin 2017; Reuschenbach et al. 2022). Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Hervorzuheben sind insbesondere der demografische, soziologische und epidemiologische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus (Robert Koch-Institut (RKI) 2015). Die wachsende Zahl alter und hochaltriger Menschen geht mit vielfältigen Herausforderungen für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung einher. Ein wesentlicher Faktor ist dabei die zukünftige Zunahme und Versorgung von (multimorbiden) chronisch kranken Menschen (Robert Koch-Institut (RKI) 2015; Deutsche Hochschulmedizin 2017; Weidner und Schubert).

Darüber hinaus hat die zunehmende Diversität in der Gesellschaft Einfluss auf die künftige pflegerische Versorgung. Eine kultur- und gendersensible Pflege erfordert die Auseinandersetzung mit Diversitätsmerkmalen, wie unterschiedlicher Herkunft, Religion und Weltanschauung, Genderidentität und sexueller Orientierung sowie die Auseinandersetzung mit einer Kumulation dieser Merkmale und deren Wechselwirkungen im Sinne der Intersektionalität (Darmann-Finck und Reuschenbach 2018; Pundt und Cacace 2019; Robert Koch-Institut (RKI) 2015). Zudem beeinflussen die stetig fortschreitenden (technologischen) Therapie- und Diagnosemöglichkeiten die pflegerische Versorgung maßgeblich (Deutsche Hochschulmedizin 2017; Tannen et al. 2017). Im Zuge des demografischen Wandels ist zudem zu berücksichtigen, dass sich traditionelle Familienstrukturen und die damit verbundenen Versorgungsstrukturen deutlich verändern. Diese Veränderungen gilt es als Aufgabe innerhalb der pflegerischen Gesundheitsversorgung wahrzunehmen und mitzudenken (Wright et al. 2021).

Sowohl Fischer (2020) als auch Reuschenbach et al. (2022) beschreiben überdies die zunehmende Problematik der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Mangelnde ärztliche und pflegerische Versorgung aufgrund fehlender Ressourcen erschweren insbesondere älteren Menschen den Zugang zu einer niedrighwelligen Gesundheitsversorgung (Fischer 2020). Zudem entstehen durch die steigende Komplexität Versorgungslücken (ebd). Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) (2018) beschreibt insbesondere die sektorenübergreifende Versorgung als fragiles Konstrukt, das aufgrund von Steuerungsdefiziten zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen kann. Insbesondere die Schnittstellen zwischen den Sektorengrenzen und den Versorgungsangeboten stellen in allen Settings der Gesundheitsversorgung Probleme dar, die es zu optimieren gilt (Reuschenbach et al. 2022).

International werden in diesen komplexen und sektorenübergreifenden Situationen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen (aqP) eingesetzt, die beispielsweise durch Case Management Prozesse die Versorgungsarrangements begleiten und (neu-)strukturieren und damit Wiedereinweisungen ins Krankenhaus, Versorgungslücken und Krisensituationen vorbeugen (Carrier und Newbury 2016; Gamble und Dening 2017; Luther et al. 2019). Aus internationaler Perspektive ist ferner festzustellen, dass der Akademisierungsgrad unter Pflegefachpersonen in zahlreichen Ländern deutlich über dem in Deutschland erreichten Niveau liegt. Während der Anteil der Absolvent*innen in den primärqualifizierenden Studiengängen in Deutschland im Jahr 2019 je nach Schätzung nur bei rund 1-2% (Lehmann et al. 2019) bzw. 3,2% (Wissenschaftsrat 2019) lag, betrug dieser Anteil in Großbritannien und Schweden jeweils 100%, in Kanada 61% und in den Niederlanden 44% (Lehmann et al. 2019). Längst wird in Deutschland von verschiedenen Stakeholdern ein massiver Nachholbedarf konstatiert. Bereits 2012 forderte beispielsweise der deutsche Wissenschaftsrat, eine Akademisierungsquote von 10% bis 20% pro Ausbildungsjahrgang in der Pflege anzustreben (Wissenschaftsrat 2012b). Im Rahmen der Ausbildungsoffensive (2019 – 2023) haben die Teilnehmenden sich dazu verpflichtet, sukzessive den Anteil an akademisch qualifiziertem Pflegefachpersonal sowie die Angebote für Studienplätze in der Pflege zu erhöhen (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Aus der Studie „Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update“ (HQGplus Studie) des Wissenschaftsrats geht zudem hervor, dass sich die Studienangebote verändert haben (Wissenschaftsrat 2022). Während 2012 hauptsächlich pflegepädagogische und pflegemanagement-orientierte Studienangebote überwogen, entwickelten sich bis 2019 mehr als zehn klient*innen-nahe Studiengänge auf Masterniveau (ebd.). In Deutschland sind die Ausbildungsziele eines Hochschulabschlusses im Pflegeberufegesetz (PflBG) formuliert. In diesem Zusammenhang sind auch klient*innen-nahe Tätigkeiten für aqP definiert. Dem gegenüber wurde im Rahmen der „Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen“ (VAMOS-Studie) festgestellt, dass nur 12,9 % der 170 einbezogenen aqP eine klient*innen-nahe Tätigkeit nach ihrem Erwerb eines hochschulischen Abschlusses ausüben (Dieterich et al. 2019). Stephanow (2020) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass genau dieses Tätigkeitsspektrum eine der möglichen Rollen einer Advanced Practice Nurse (APN) abdeckt. Diese fungiert als Bindeglied zwischen Pflegepraxis und Wissenschaft und arbeitet somit sowohl klient*innen-nah als auch für die Implementierung evidenzbasierter Pflegepraxis.

Die Bedeutung akademisch qualifizierter Pflege in Bezug auf die zu erbringende Versorgungsqualität nimmt aufgrund der aktuellen Versorgungsproblematiken weiter zu. Im

Rahmen eines Rapid Reviews konnten Klein et al. (2022) die positiven Effekte auf die Outcomes der Klient*innen darstellen, die mit der höheren Quote von aqP einhergehen. Klein et al. (2022) berichten in ihrer Arbeit von sinkenden Mortalitätsraten, einer Verbesserung der Failure-to-Rescue-Rate, der Patient*innensicherheit, der Verweildauer, der Anzahl der Wiederaufnahmen, der erfassten Sturzraten sowie der Patient*innenzufriedenheit. Gleichzeitig zeigen Klein et al. (2022) aber auch Studien auf, in denen diese Effekte nicht nachgewiesen werden konnten. Diese Ambivalenz deutet auf weiteren Forschungsbedarf hin. Ergänzend dazu weist Stephanow (2020) darauf hin, dass eine Qualitätsverbesserung durch akademische Pflegefachpersonen sehr eng mit der Akzeptanz im Pflorgeteam zusammenhängt. Der Einfluss, den aqP auf die Versorgungsqualität der Klient*innen nehmen können, hängt dementsprechend auch von den Rahmenbedingungen wie Teamstrukturen, Unterstützung durch das Management sowie aller am Versorgungsprozess Beteiligten ab. Für eine erfolgreiche Implementierung formuliert Stephanow (2020) die Forderungen nach abgegrenzten Aufgabenprofilen und die Notwendigkeit definierter Verantwortungsbereiche.

Im deutschen Gesundheitssystem nahmen die Einsatzmöglichkeiten akademisch qualifizierter Pflegekräfte im akutklinischen Setting in der letzten Dekade tendenziell zu. Bergjan et al. (2021) beziffern die aktuelle Quote von aqP an Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen, die in der direkten Pflege tätig sind, auf ca. 2% aller klinisch tätigen Pflegefachpersonen. Laut Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022) waren 2021 3.432 Personen mit einer an einer Fachhochschule oder Universität abgeschlossenen pflegewissenschaftlichen Ausbildung in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen tätig. Das sind nach eigenen Berechnungen weniger als 1% (0,85%) aller in diesen Einrichtungen beschäftigten pflegerischen und therapeutischen Berufe. Nur etwa ein Fünftel (rd, 19%) aller in Langzeitpflegeeinrichtungen beschäftigten aqP sind in der körperbezogenen Pflege tätig. In ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten sind laut dieser Statistik 1.130 Personen und damit nur etwas mehr als ein halbes Prozent (0,6%) des pflegerischen und therapeutischen Personals akademisch qualifiziert. Nur rund 13% der aqP in ambulanten Diensten sind in der direkten körperbezogenen Pflege tätig (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022), eigene Berechnung).

Die künftigen Handlungsfelder, Aufgaben- und Verantwortungsbereiche von aqP sowohl mit Bachelor- als auch mit Masterabschluss erscheinen in der Langzeitversorgung, wenn überhaupt nur strukturell beschrieben und damit unzureichend erprobt. Häufig führen akademische Qualifikationen in den Handlungsfeldern der Pflege noch zu Diskussionen, Fragen und Irritationen. Um die skizzierten Problemfelder zu adressieren, werden im Rahmen dieses Innovationsprojektes zukünftige Aufgaben(-bereiche) und Tätigkeiten in den

unterschiedlichen Pflegesettings der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie im Quartier auf der Handlungsebene herausgearbeitet sowie Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung bereitgestellt.

2 Projektauftrag

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung und der bisher begrenzten Integration von aqP werden im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2020 zukünftige Aufgaben- und Verantwortungsbereiche in den unterschiedlichen Versorgungssettings der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie im Quartier herausgearbeitet und näher beschrieben. Darüber hinaus wird auf die gesetzlichen, ordnungs- und leistungsrechtlichen sowie organisationalen Rahmenbedingungen eingegangen, die für eine angepasste Implementierung von aqP erforderlich sind. Dementsprechend bilden die folgenden Fragestellungen die Grundlage für das gesamte Forschungsvorhaben:

- Welche Aufgaben- und Verantwortungsbereiche können für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte in den unterschiedlichen Settings der ambulanten und stationären Langzeitpflege und auch im Quartier vor dem Hintergrund einer erweiterten Pflegepraxis in Baden-Württemberg beschrieben werden?
- Welche vertraglichen, leistungs- und ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen müssen für den Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften in den unterschiedlichen Pflegesettings für Baden-Württemberg beschrieben werden?
- Welche Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes von akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften lassen sich aus der Perspektive der unterschiedlichen Pflegesettings für Baden-Württemberg formulieren?
- Welche Empfehlungen lassen sich hieraus für die (rahmen-) vertraglichen, leistungs- und ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen für Baden-Württemberg beschreiben?

3 Projektdesign

Zur Beantwortung der genannten Fragestellungen wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt. In einem ersten Schritt wurden systematische Übersichtsarbeiten zum Einsatz von aqP in Deutschland (=nationale Literaturrecherche) und im englisch- und deutschsprachigen Ausland (=internationale Literaturrecherche) durchgeführt. Die daraus resultierenden Übersichtsarbeiten (Scoping Reviews) dienen zunächst als Grundlage für eine Ist-/Soll-Analyse in den jeweiligen Versorgungssettings, wobei der im nationalen Review ermittelte Ist-Zustand mit Soll-Kriterien verglichen wird, die sich vor allem aus den Inhalten des internationalen Reviews speisen. Ziel dieser Analyse ist es, die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche hochschulisch qualifizierter Pfleger und deren Beitrag im Pflege- und Gesundheitssystem zu erarbeiten sowie eine erste Betrachtung der notwendigen Rahmenbedingungen für den Einsatz von aqP vorzunehmen. Darüber hinaus dienen die aus den Scoping Reviews abgeleiteten Kriterien der Entwicklung von halbstrukturierten Interviewleitfäden für die Fokusgruppendifkussionen und die Expert*inneninterviews. Die so gewonnenen empirischen Daten wurden in einem nächsten Schritt erneut mit der Literatur abgeglichen, strukturiert und anschließend in Handlungsempfehlungen überführt. Ferner wurde einzelne Aspekte der Handlungsempfehlungen durch einen externen Juristen begutachtet. Abbildung 1 stellt das methodische Vorgehen im Projektverlauf grafisch dar.

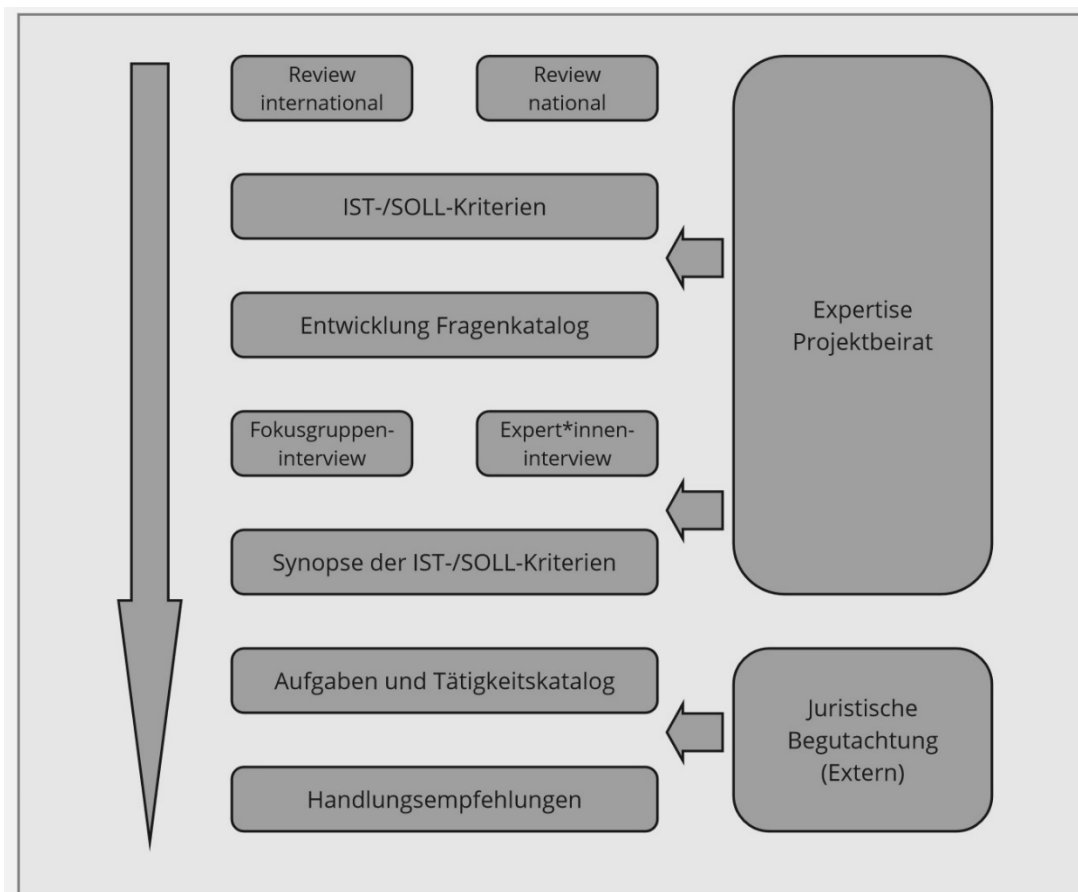


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Projektablaufes (eigene Darstellung)

3.1 Scoping Reviews

Die Methode des Scoping Reviews wurde gewählt, da sie dazu dient, zunächst einen Überblick über den aktuellen Stand der bereits vorhandenen Literatur zu schaffen (Elm et al. 2019). Um die oben genannten Fragestellungen adäquat beantworten zu können, wurde sowohl ein nationales als auch ein internationales Scoping Review durchgeführt. Die Methodik wurde sowohl für das nationale als auch für das internationale Scoping Review analog angewendet. Das Ziel eines Scoping Reviews ist die Überprüfung und Einordnung der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur zu einer spezifischen Thematik (Arksey und O'Malley 2005).

Hervorzuheben ist, dass im Scoping Review grundsätzlich keine formale Bewertung der Qualität der Literatur, z.B. eine Klassifizierung nach Peer-Review-Verfahren, erfolgt (Grant und Booth 2009). Im Kern zeichnet sich die Ergebnisdarstellung des Scoping Reviews durch eine tabellarische Zusammenstellung aus. Zusätzlich zu einem tabellarischen Überblick werden die Ergebnisse auch deskriptiv narrativ zusammengefasst (Schmucker et al. 2013).

Um ein standardisiertes Vorgehen bei der Recherche und eine konsistente und nachvollziehbare Recherche der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde jeweils ein entsprechendes PRISMA-Chart erstellt (siehe Anhang). Darüber hinaus wurde das methodische Framework von Arksey und O'Malley (2005) für die Erstellung von Scoping Reviews verwendet. Dieses umfasst folgende Schritte:

Schritt 1: Identifizierung der Forschungsfrage

Schritt 2: Identifizierung relevanter Studien

Schritt 3: Auswahl der Studien

Schritt 4: Erfassen der Daten

Schritt 5: Zusammenstellen, Zusammenfassen und Berichten der Ergebnisse

Sowohl für den nationalen als auch für den internationalen Review wurde die Literatur der letzten zehn Jahre, 2011 bis 2021, eingeschlossen. Aufgrund der großen Dynamik innerhalb des Forschungsfeldes, und um wichtige Literatur innerhalb des Themenfeldes einzuschließen und das Thema möglichst umfänglich bearbeiten zu können, wurde für das nationale Review eine Nachsuche für den Zeitraum vom August 2021 bis zum Juli 2022 durchgeführt. Eine detaillierte Darstellung der Vorgehensweise der jeweiligen Reviews ist im Anhang nachzuvollziehen.

3.2 Qualitative Datenanalyse

Nach Perkhofer et al. (2016) bietet sich der qualitative Forschungsansatz im Gesundheits- und Pflegesektor an, da hierbei vielschichtige Herausforderungen mit komplexen Fragestellungen

bestehen. Somit kann das Potenzial genutzt werden, gesundheits- und pflegerelevante Themen zu erforschen, um vielseitige Sichtweisen, Erfahrungen und Handlungsmuster von Menschen aufzudecken und diese nachvollziehbar darzustellen. Für eine professionelle und bedürfnisorientierte Gesundheits- und Pflegeversorgung ist diese Art der Wissensgenerierung essenziell. Der Einsatz von akademisierten Pflegefachpersonen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege und im Quartier ist in Deutschland bislang nur marginal etabliert, weshalb lediglich von einem begrenzten Vorverständnis von der Thematik auszugehen ist. Qualitative Forschung kann mittels offener und flexibler Methoden als systematische Herangehensweise genutzt werden, um komplexe Wechselwirkungen und Zusammenhänge zu identifizieren und anschließend zu analysieren. Nach Misoch (2015) sind Interviews eine spezielle Art der qualitativen Datenerhebung, da die forschungsrelevanten Daten in Form von mündlicher Kommunikation erhoben werden.

3.2.1 Semistrukturierter Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument

Die qualitativen Daten wurden mittels leitfadengestützter Einzelinterviews und Gruppendiskussionen erhoben, die auf den abgeleiteten Ist-/Soll-Kriterien basieren. Für die Durchführung der Expert*inneninterviews wurde die Form der halb- oder semistrukturierten Interviews herangezogen. Aufgrund der hohen Flexibilität, die ein semistrukturiertes Interview bietet, können Themen und Fragestellungen individuell in das Interview mit eingebracht werden und besonders interessante Aspekte vertieft beleuchtet werden, um so wichtige Zusatzinformationen zu erhalten. Diese offene Art der Vorgehensweise bietet sich für den gegebenen Untersuchungsgegenstand an, da ein heterogenes Spektrum an Expert*innenmeinungen identifiziert werden kann (Misoch 2015, 2019).

Der Leitfaden wurde inhaltlich nach dem deduktiven Ansatz der Literaturrecherche erstellt und durch das SPSS-Verfahren nach (Helfferich 2014) strukturiert. Zwei am Forschungsprojekt beteiligte Personen führten das SPSS-Verfahren in der Reihenfolge Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren gemeinsam durch. Die gemeinsame Arbeit nach dem Vier-Augen-Prinzip trug zur Erhöhung der Objektivität bei. Anschließend wurde der Leitfaden kritisch diskutiert und angepasst. Der Leitfaden wurde ferner inhaltlich marginal an die verschiedenen Teilnehmer*innen angepasst.

3.2.3 Einzelinterviews mit Expert*innen

Da die Beschäftigung akademisierter Pflegekräfte im Spannungsfeld des deutschen Gesundheitssystems stattfindet, das von unterschiedlichen Akteur*innen mit jeweils eigenen politischen und fachlichen Interessen geprägt ist, bietet sich die Form des Expert*inneninterviews an. Nach Kruse (2015) ist das Expert*inneninterview nicht als

eigenständige Interviewform zu verstehen, sondern vielmehr als eine anwendungsbezogene Form des Leitfadeninterviews. Diese zeichnet sich nicht durch ein besonderes methodisches Vorgehen aus, sondern vielmehr durch die befragte Zielgruppe (Expert*innen). Der Forschungsschwerpunkt verfolgt einen informationsorientierten Ansatz, bei dem die interviewten Personen bestimmte Handlungsweisen, Sichtweisen und Wissenssysteme einer spezifischen Expert*innengruppe oder eines Fachgebietes repräsentieren. Während eines Interviews findet eine asymmetrische Kommunikation statt, bei der die Forschenden die Rolle der Fragenden und Zuhörenden und die Teilnehmer*innen die Rolle der Erzählenden und Antwortenden einnehmen. Die zehn im Rahmen des Forschungsprojekts durchgeführten Expert*inneninterviews dauerten zwischen 39 und 55 Minuten.

3.2.4 Gruppendiskussionen

Laut Vogl (2014) sind Gruppendiskussionen, die auch als Fokusgruppen bezeichnet werden, geplante Diskussionen, die verschiedene Einstellungen zu einem spezifischen Thema anhand des Untersuchungsgegenstands erheben. Lamnek und Krell (2016, S. 388) definieren sie als „*Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen*“. Diese Vorgehensweise unterliegt dem Ziel, kollektive Meinungen zu erfassen und darüber hinaus gruppendynamische Prozesse abbilden zu können (Hussy et al. 2013). Zentrales Element der Gruppendiskussion ist das Gespräch der Teilnehmenden untereinander; es handelt sich nicht in erster Linie um einen Dialog zwischen Teilnehmenden und Forschenden (Lamnek und Krell 2016).

Bei den Gruppendiskussionen wurde zu Beginn der Diskussion nur eine allgemeine Leitfrage gestellt. Die Inhalte der Diskussionen waren dadurch stärker durch die einzelnen Teilnehmer*innen gelenkt. Bei klaren Abschweifungen vom Forschungsgegenstand wurde die Diskussion von den Forschenden, die eine gesprächssteuernde Funktion einnahmen (Hussy et al. 2013), zurück zum Thema geführt. Es wurden vier Gruppendiskussionen durchgeführt mit einer Dauer zwischen 90 und 105 Minuten.

3.2.5 Stichprobenauswahl und Rekrutierung

Expert*innen werden entlang des Forschungsinteresses, über Position und Status sowie über das zugeschriebene Wissen definiert. Nach Meuser und Nagel (2002) handelt es sich um Personen, die in irgendeiner Weise für die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung verantwortlich sind oder über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügen. Die Träger*innen und Dienste der Diözesanen Arbeitsgemeinschaft Altenhilfe, Hospizarbeit und Pflege im Caritasverband für

die Erzdiözese Freiburg eröffnen den Feldzugang zu ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen sowie zum Quartier. So konnten Expert*innen wie Berufsvertreter*innen, Interessenvertreter*innen der (Berufs-)Verbände, Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen, Vertreter*innen der Kommunalverbände, Träger*innen sowie Haus- und Fachärzt*innen rekrutiert werden. Zur Rekrutierung der Expert*innen für die Einzelinterviews wurden aus jedem Bereich zwei bis vier Personen kontaktiert. Zur Rekrutierung der Teilnehmer*innen für die Fokusgruppen wurden Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräfte und Praxisanleiter*innen kontaktiert. Auf Basis ihrer Expertise erfolgte in einem weiteren Schritt die Auswahl der Befragten im Sinne eines „theoretischen Samplings“. Hierbei wurden so lange Teilnehmer*innen rekrutiert und befragt, bis sich keine neuen Erkenntnisse mehr ergaben (Perkhofer et al. 2016).

Die Rekrutierung erfolgte schriftlich und telefonisch. Vorab wurde ein Informationsschreiben mit allen wichtigen Informationen zum Forschungsgegenstand und zum Umgang mit den persönlichen Daten an die Teilnehmer*innen gesendet. Bei Fragen oder Unklarheiten konnten diese über die im Informationsschreiben angegebenen Kontaktpersonen geklärt werden. Insgesamt konnten 10 Expert*innen für Einzelinterviews, sowie jeweils vier bis sechs Teilnehmende für insgesamt vier Gruppendiskussionen rekrutiert werden. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen kommen aus unterschiedlichen Organisationen und weisen eine unterschiedliche Anzahl an Berufsjahren auf (Verweis auf Tabelle zum Sampling).

3.2.6 Datenerhebung und Datenschutz

Aufgrund der deutschlandweiten Reichweite der Befragung und bedingt durch das Pandemiegeschehen wurden die Interviews und Fokusgruppen teilweise online über Videokonferenz (Zoom) durchgeführt. Lediglich die Tonspuren wurden mit einem Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Alle Teilnehmer*innen wurden vorab darüber aufgeklärt, dass sie während des Interviews jederzeit die Möglichkeit hatten, dieses abubrechen. Nach Beendigung eines Interviews konnten die Teilnehmer*innen ihr Einverständnis zur Datennutzung durch Unterzeichnung der Einverständniserklärung bestätigen, die ihnen zuvor online zugesendet wurde. Diese beruht auf den Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Alle Teilnehmer*innen stimmten der Datennutzung zu. Die Interviewaufnahmen wurden anonymisiert und als verschlüsselte Datei gespeichert, wodurch Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen verhindert werden.

3.2.7 Datenaufbereitung und Auswertung

Alle Interviews und Gruppendiskussionen wurden zwischen September 2021 und März 2022 durchgeführt. Anschließend erfolgte eine vollständige Transkription des qualitativen

Datenmaterials. Die Transkription orientierte sich an den Regeln der inhaltlich-semantischen Transkription nach Dresing und Pehl (2011). Bei der inhaltlich-semantischen Transkription wird wörtlich transkribiert und Wortverschleifungen werden dem Schriftdeutschen angenähert. Mögliche Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt, Lückenfüller wie (äh, ähm) werden nicht transkribiert und Pausen werden unabhängig von ihrer Länge in Klammern mit z.B. „(...)“ gekennzeichnet, wobei ein Punkt für eine Sekunde Pause steht (Dresing und Pehl 2011).

Die Auswertung erfolgte mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022), die eine Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung darstellt. Dieses Verfahren wurde gewählt, um das aus der Literaturrecherche gewonnene Material zum Einsatz akademisierter Pflegekräfte in der stationären und ambulanten Langzeitpflege sowie im Quartier deduktiv zu integrieren. Darüber hinaus ist es dazu geeignet, die Expert*inneninterviews und Gruppendiskussionen nicht nur im Erhebungsprozess, sondern auch im Auswertungsprozess als induktiv-deduktives Wechselspiel zu gestalten (Kuckartz und Rädiker 2022). Der Kodierprozess wurde von drei Forschenden des Teams durchgeführt, um der Forderung von Kuckartz und Rädiker (2022) nach einer höheren Übereinstimmung und Datenvalidierung zwischen den Kodierenden nachzukommen.

Für die Kategorienbildung wurden zunächst deduktiv aus der Literaturrecherche, den Ist-/Soll-Kriterien und dem daraus entwickelten Interviewleitfaden Hauptkategorien gebildet. Darauf aufbauend wurde zunächst ein Interview kodiert, wobei induktiv Subkategorien und weitere Unterkategorien („Subsubkategorien“) gebildet wurden. War keine entsprechende Haupt- oder Sub(sub)kategorie vorhanden, wurde durch induktives Vorgehen eine neue Haupt- oder Sub(sub)kategorie gebildet (Kuckartz und Rädiker 2022). Im Auswertungsprozess wurden alle Kategorien anhand des jeweils zugeordneten Materials definiert, wodurch das Material voneinander abgegrenzt, der Kodierprozess vereinfacht und eine Sättigung erkennbar wird. Kuckartz und Rädiker (2022) beschreiben dazu, dass sich die Kategorien durch eine klare Abgrenzung voneinander ausschließen, genau definiert sind und die Merkmale dadurch umfassend beschrieben werden können. Für die Ergebniserzeugung wurden Ankerbeispiele aus den jeweiligen Kategorien ausgewählt. Bei inhaltlich unterschiedlichen Merkmalsausprägungen innerhalb einer Kategorie wurden zwei dichotome Ankerbeispiele bestimmt. Eine dichotome Merkmalsausprägung beschreibt gegensätzliche Wahrnehmungen der Interviewpartner*innen. Bei der Erstellung des Kategoriensystems und der Auswahl der Ankerbeispiele wurde deutlich, dass sich nicht alle Kategorien eindeutig voneinander abgrenzen lassen, da sie inhaltlich miteinander verknüpft sind. Im weiteren Auswertungsprozess wurde das Material umfassend aufbereitet, indem die Zusammenhänge

zwischen den Kategorien in einer Concept Map visualisiert wurden (Kuckartz und Rädiker 2022).

4 Literaturübersichtsarbeiten

Ziel der nationalen und internationalen Scoping Reviews ist es, die durch aqP außerhalb des akutklinischen Krankenhausbereichs wahrgenommenen Aufgaben und Tätigkeiten zu identifizieren und zu beschreiben. Der nationale Review berichtet zudem über die relevanten gesetzlichen, organisatorischen und qualifikationsbezogenen Rahmenbedingungen im deutschen Pflegesystem. Zu Beginn des Projektes wurde dazu zunächst unter Zuhilfenahme der aktuellen Literatur eine projektinterne Definition für die beiden Begriffe „Aufgaben“ und „Tätigkeiten“ festgelegt.

Aufgaben:

Eine Aufgabe entspricht einer dauerhaft angelegten Verpflichtung, welche insofern dient, als dass sie den Kontext entsprechender Tätigkeiten verständlich macht (Burgi und Igl 2021b). Sie dienen der Strukturierung und der Herstellung einer Ordnung von Tätigkeiten in Gruppen, in dem sie auf Grundlage ihrer Beziehung zugeteilt werden (Bulecheck et al. 2016).

Als Erweiterung des Begriffs Aufgaben werden häufig die Begriffe Schlüsselaufgaben, Aufgabenspektrum und Aufgabennormen genannt. Burgi und Igl (2021b) beschreiben in ihrem Gutachten, „dass Aufgabennormen für den jeweiligen Sozialversicherungszweig existieren“ (ebd). Diese seien aber nicht als Aufgabennormen für beruflich Handelnden konzipiert. „Für beruflich Handelnde eignen sich vor allem Tätigkeitsnormen“, da diese eine kleinteilige Beschreibung darstellten.

Tätigkeiten:

Tätigkeiten sind spezifische, zielgerichtete sowie ergebnisorientierte Verhaltensweisen und/oder Maßnahmen, um eine Aufgabe zu erfüllen (Bulecheck et al. 2016; Burgi und Igl 2021b). Sie finden auf konkreter Handlungsebene statt. Um eine Aufgabe zu erfüllen, können eine Reihe von Tätigkeiten erforderlich sein (Bulecheck et al., 2016).

Die „vorbehaltenen Tätigkeiten“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020) stellen ein wegweisendes Alleinstellungsmerkmal für die berufliche Autonomie der zukünftigen akademisierten Pflegefachpersonen dar. Zu den vorbehaltenen Tätigkeiten (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz 2020), die auch als nicht delegierbar gelten, gehört die Pflegeprozesssteuerung und damit auch die komplexe Fallsteuerung einer pflegerischen Tätigkeit. Demgegenüber ist die Delegation der Pflegedokumentation möglich und nach Burgi und Igl u.a. nicht als Vorbehalt anzusehen (Büscher et al. 2019; Burgi und Igl 2021b).

4.1 Ergebnisse der Literaturübersichtsarbeit national

Im Ergebnis des nationalen Scoping Reviews werden zunächst die im deutschen Raum gängigen Berufsbezeichnungen von aqP dargestellt, gefolgt von definierten Aufgaben und Tätigkeiten. Die Ergebnisdarstellung der vorliegenden Recherche folgt Schmucker et al. (2013) indem sie diese zuerst in tabellarischer Form systematisiert und anschließend in deskriptiv-narrativer Form zusammengefasst darstellt.

4.1.1 Berufsbezeichnungen von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

In einer ersten Ergebnisübersicht zeigt Tabelle 1 die verschiedenen pflegerischen Berufsbezeichnungen, die in den gesichteten Publikationen beschrieben werden. Bereits hier wird die erhebliche Variationsbreite in den Berufsbezeichnungen¹ von aqP deutlich. Um diese – wo immer möglich – in einen Zusammenhang mit Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen zu bringen, ergänzt die letzte Spalte von Tabelle 1 die auf Aufgaben und Tätigkeiten bezogenen Bezeichnungen.

Tabelle 1: Berufsbezeichnungen von aqP

¹ Es handelt sich hierbei um diverse Benennungen die nicht zwangsläufig einer geschützten Berufsbezeichnung entsprechen.

Autor, Jahr	Berufsbezeichnung	Aufgaben- und tätigkeitsbezogene Bezeichnung
Albers et al. 2022	APN	Expert*in, Spezialist*in
Bensch 2020	Advanced Practice Nurse (APN)	Pflegeexpert*in, Spezialist*in
Blanck-Köster et al. 2020	APN	Pflegeexpert*in
Boguth 2011	APN	Pflegeexpert*in
Bohrer, 2015	Absolvent*in eines Pflegestudiengangs auf Bachelor- oder Masterniveau (akademisch ausgebildete / qualifizierte Pflegefachperson)	/
Borutta et al. 2018	Akademisch ausgebildete Pflegefachperson	Fachexpert*in
Budroni et al. 2020	Community Health Nurse (CHN)	/
Burgi und Igl 2021a	CHN	/
Claaßen et al. 2021	Akademisch qualifizierte Pflegefachperson; Absolvent*in eines pflegewissenschaftlichen Studiums	/
Dangel und Korporal 2014	Akademisch ausgebildete Pflegefachperson; Absolvent*in eines pflegewissenschaftlichen Studiums	Pflegeexpert*in
Doppelfeld 2020	APN/CHN	Pflegeexpert*in
Doppelfeld und Klein 2021	APN	Pflegeexpert*in
Doppelfeld et al. 2023	APN	Pflegeexpert*in
Frei 2021	/	Pflegeexpert*in
Freund 2014	Fachkraft mit akademischer Qualifizierung	Spezialisierte Pflegefachperson, Case Manager*in
Gaidys 2011	APN	Pflegefachexpert*in
Genge et al. 2013	APN	Pflegeexpert*in
Gisch und Lange 2017	Absolventin*in eines primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs	Pflegewissenschaftliche Expert*in, Primary Nurses, Case und Care Manager*in
Haslinger und Rutenkröger 2022	Akademisch qualifizierte Pflegefachkraft	/
Hähn und Bräutigam 2020	Absolventin*in eines primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs	Pflegeexpert*in
Helbig et al. 2022	APN	Pflegeexpert*in
Hener 2016	APN/Nurse Practitioner	Pflegeexpert*in, Pflegende mit einer erweiterten Handlungspraxis, Praktiker*in, Berater*in, Lehrer*in, Forscher*in, Leiter*in, Vertreter*in, Eigenständige, lizenzierte Leistungserbringer*in, Expert*in
Henni Rached 2021	APN	Expert*in, Praktiker*in, Berater*in, Lehrer*in, Forscher*in, Leiter*in, Vertreter*in
Heyelmann 2015	Absolvent*in eines Pflegestudiums/Akademisch gebildete Pflegefachperson	Pflegeexpert*in
Idler 2020, 2021; 2021	Pflegeakademiker*in/APN	Bachelorabsolvent*in mit Koordinierungs- und Steuerungsverantwortung, Masterabsolvent*in mit Expertenverantwortung bis hin zur Promotion und Habilitation mit Führungsverantwortung
Illichmann, 2019	Hochschulabsolvent*in im Fachbereich Psychiatrie	Akademische Pflegeexpert*in
Kaltenbach-Schmökel 2014	Bachelorabsolvent*in	Pflegeexpert*in
Kempa 2020	APN	Clinical Leaders
Klapper 2019	APN, akademisch qualifizierte Pflegefachperson (aqP)	Spezialist*in
Köpke et al. 2015	Absolvent*in von pflegerischen Studiengängen	/

Krause et al. 2018	Bachelorabsolvent*in des Studiums Angewandte Pflegewissenschaft	/
La Cruz et al. 2017	Akademische qualifizierte Pflegefachperson; APN	Pflegeexpert*in, klinische Pflegespezialist*in
Lange und Gisch 2017	Absolventin*in eines primärqualifizierenden Bachelorstudiengangs	Pflegewissenschaftliche Expert*in
Löser-Priester 2017	Akademische Pflegefachperson	Pflegeexpert*in
Lücke 2020	CHN	/
Naegele et al. 2019	APN	Pflegeexpert*in, Spezialist*in
Nock et al. 2022	CHN	/
Oehmen 2013	Akademische Pflegefachperson	Expert*in
Reuschenbach 2021	CHN	/
Reuschenbach et al. 2022	CHN	/
Romberg et al. 2022	School-Nurse, berufliche Ausbildung (+ Weiterbildung), teilweise akademisch qualifiziert	/
Schacke 2018	Sozialgerontolog*in (pflegerische Ausbildung vorausgesetzt)	Expert*in
Schädle-Deininger 2020	APN	Pflegeexpert*in
Schäffer 2011	Akademisch qualifizierte Pflege	/
Scheel et al. 2018	Akademisierte Pflegefachperson	Pflegefachspezialist*in
Scheydt und Holzke 2018a	Pflegefachperson (Registered Nurse)/Pflegefachspezialist*in (Nurse Specialist)/APN	Pflegefachperson, B.A. (Generalisten); Spezialisierte Pflegefachperson (B.A.), Pflegefachspezialist*in Psychiatrie (B.A.), Pflegeexpert*in (M.A./ M.Sc.)
Scheydt und Holzke 2018b	Pflegefachperson; Spezialisierte Pflegefachperson (Psychiatrie); Pflegefachspezialist*in (Psychiatrie); APN	Spezialist*in (B.A. + Fachweiterbildung, spezifische Berufserfahrung), Expert*in (für APN)
Schmitte 2016	APN	Pflegeexpert*in
Stephanow 2020	APN	Pflegeexpert*in, Spezialist*in
Szegan 2021	CHN	Expert*in
Völkel und Peters 2020	CHN	/
Welp und Lippke, 2020	Akademisierte Pflegeberuf / Gesundheitsberuf	Wissenschaftler*in
Wegner 2019	APN	Pflegeexpert*in
Weidner und Schubert	Akademisch qualifizierte Pflegefachkraft	Pflegfachleitung (B.A.); Pflegeexpert*in (M.A.)
Wientjens et al. 2021	Pflegefachfrau/Pflegefachmann; APN	Fallverantwortliche Pflegefachkraft (B.A.); Pflegeexpert*in (M.A.)
Zegelin 2020	CHN	Pflegeexpert*in
Zimmermann und Peters 2021	Hochschulische Primärqualifikation; APN	Pflegeexpert*in

4.1.1.1 Pflegefachperson, B.A. und spezialisierte Pflegefachperson

Eine Pflegefachperson mit Bachelorabschluss bezieht sich auf alle Bachelorabsolvent*innen eines pflegerischen/pflegewissenschaftlichen Studiengangs (Scheydt und Holzke 2018a). Erweiternd verwenden Scheydt und Holzke (2018a) die Berufsbezeichnung der "spezialisierten Pflegefachperson". Diese Bezeichnung beinhaltet eine zusätzliche Spezialisierung, die nicht obligatorisch auf akademischem Niveau stattgefunden haben muss (z.B. Fachweiterbildungen). Idler (2020) beschreibt diese Berufsbezeichnung als Bachelorabsolvent*in mit Koordinierungs- und Steuerungsverantwortung. Wientjens et al. (2021) nehmen Bezug auf das Konzept des Primary Nursing und formulieren hierfür Qualifikationsstufen für Bachelorabsolvent*innen als fallverantwortliche Pflegekraft. Diese steht im Konzept "Primary Nursing" auf einer Qualifikationsebene mit schulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen, die mehr als drei Jahre Berufserfahrung vorweisen können. Des Weiteren formulieren Weidner und Schubert im Rahmen des Projektes 360°-Pflege die Berufsbezeichnung der "Pflegefachleitung" für Bachelorabsolvent*innen. Diese sind in den Stationsalltag integriert und haben besondere Verantwortung; sie übernehmen fachgebietsbreit Tätigkeiten im Rahmen ihrer Fachkompetenz. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Heterogenität bei Berufsbezeichnung und inhaltlicher Definition bei der (spezialisierten) Pflegefachperson mit Bachelorabschluss.

4.1.1.2 Pflegeexpert*in/Fachexpert*in

Da es im deutschen Sprachraum weder eine einheitliche Bezeichnung noch eine Definition der beruflichen Qualifikation für Pflegeexpert*innen gibt, werden darunter verschiedene erworbene Fort- und Weiterbildungs-Expertisen zusammengefasst, die grundlegend auf akademischem Niveau basieren oder eine Kombination von akademischer Weiterbildung und Fachweiterbildung darstellen. Überwiegend wird die Begrifflichkeit im Zusammenhang mit der Berufsbezeichnung APN benannt. Nach Hamric et al. (2019) ist die Qualifikation einer APN und die damit verbundene Berufsbezeichnung einer Pflegeexpert*in auf Masterniveau angesiedelt. Dies zeigt sich auch in dem ICN-Pflegekompetenzmodell (Schober und Affara 2009), welches die entsprechende Einordnung der Qualifikationen vornimmt. Scheydt und Holzke (2018a) entwickelten auf dessen Grundlage ein heuristisches Rahmenmodell, um ebendiese pflegerische Expertise abzubilden und beispielhaft für das psychiatrische Handlungsfeld in Deutschland darzustellen. Eine Spezialisierung auf die psychiatrische Pflege sowie eine Qualifikation auf Masterniveau oder eine Promotion stellen bei diesen Autoren die Grundvoraussetzung für die Arbeit als APN bzw. Pflegeexpert*in dar. Idler (2020) beschreibt ergänzend die Verantwortungsreichweite, die mit der Berufsbezeichnung einhergeht, als Expert*innenverantwortung (M.A./M.Sc.). Zur Expert*innenverantwortung für promovierte Pflegewissenschaftler*innen zählt demnach auch Führungsverantwortung (ebd).

4.1.2 Aufgaben und Tätigkeiten von aqP

Auf Basis des nationalen Reviews sind die Aufgaben und Tätigkeiten der aqP außerhalb des akutklinischen Krankenhausbereichs in den folgenden Settings zu verorten: ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Überleitungspflege, häusliche Pflege, ambulante psychiatrische Pflege, Hospiz-/Palliativpflege und die Pflege im Quartier beispielsweise in Pflegestützpunkten, Gesundheitsberatungen und Gesundheitskiosken. Des Weiteren gibt es spezielle Fachrichtungen, die eine Langzeitversorgung entweder in oder auch außerhalb von Krankenhausaufenthalten notwendig machen wie z.B. im Bereich der Onkologie, Neurologie, Geriatrie, Kardiologie, Nephrologie und Orthopädie. Die Pflege und Betreuung durch aqP findet auch in Spezialambulanzen statt, die in der Regel organisatorisch unabhängig an ein Klinikum angegliedert sind. Weitere identifizierte Aufgaben sind der Einsatz von APN in der Pflege von Menschen mit schweren Körperbehinderungen (Helbig et al. 2022) und der Einsatz als Schulgesundheitspfleger*innen (Romberg et al. 2022). In diesen Bereichen sind die Aufgaben beschrieben als Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung sowie als Beziehungsgestaltung und als Gestaltung der sozialen Teilhabe.

Die folgende Tabelle zeigt die Aufgaben und Tätigkeiten, die in den einbezogenen Publikationen für aqP beschrieben und benannt werden. Zusätzlich werden in der zweiten Spalte die Aufgaben und Tätigkeitsbezeichnungen dargestellt. Auf diese Weise ist es möglich, die Vielfalt der Aufgaben und Tätigkeiten aufzuzeigen und einen aktuellen Überblick über die Tätigkeitsfelder zu geben.

Tabelle 2: Aufgaben und Tätigkeiten akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

Autor, Jahr	Aufgaben/Tätigkeiten
Albers et al. 2022	Spezialisierte klinische Pflegepraxis; Anleitung in der Pflege; Coaching und Beratung; Zusammenarbeit; Leadership; Ethische Entscheidungsfindung
Bensch 2020	Eigenverantwortliche Aufgabengebiete; Pflegephänomene frühzeitig erkennen; Sicherung der Lebensqualität
Blanck-Köster et al. 2020	Leadership
Bohrer, 2015	Beratung von Diagnosestellung bis in die ambulante Versorgung in Bezug auf die Krankheitsbewältigung, Organisation des pflegerischen Alltags und Beratung um Überforderungssituationen vorzubeugen; Entlass-Management; Familiengesundheitspflege; psychiatrische und palliative Pflege; Case Management; Diabetes-, Wund-, und Stomapflege; Angehörigenberatung; Beratung in hochkomplexen Pflegesituationen z.B. bei geriatrischen Patient*innen oder im Entlass-Management
Boguth 2011	Hauptverantwortung für komplexe Fallsteuerung; Erstberatung für Heimplatzsuchende; Praxisanleitung Auszubildender, Beratung zur Qualitätsverbesserung; Pflegevisite; Dokumentation; Fachaufsicht; Fallbesprechungen
Borutta et al. 2018	Organisation und Strukturierung; EBN; Primärtherapeutische Funktion; Qualifizierung von Pflegefachpersonen
Budroni et al. 2020	Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung; Ansprechpartner*in für Patient*innen; Durchführung von Assessments und körperlicher sowie psychischer Untersuchungen; Diagnostik; Anordnung/Durchführung spezifischer Untersuchungen, z.B. Blutabnahme oder EKG; Befunderhebung; Einleitung/Überwachung von Therapien; eigenverantwortliche Versorgung von „Bagatellerkrankungen“ wie leichten Infektionen; Festsetzung von Medikamentenregimes und Rezeptieren von Medikamenten; Bedarfserschätzung für weitere, z.B. soziale Unterstützungsangebote; Entwicklung von Beratungs- und Schulungsangeboten, speziell bei Gesundheitsförderung und Prävention, Übernahme der Steuerung des Versorgungsprozesses über Sektorengrenzen hinweg und dazu erforderliches Arbeiten in multiprofessionellen Teams; Leitung von Versorgungsteams, etwa in Gesundheitszentren oder ambulanten Diensten
Burgi und Igl 2021a	Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor; erweiterte Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z.B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung); Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/Check-ups; eigenverantwortliche Behandlung von z.B. Erkältungskrankheiten; Monitoring und Management chronischer Krankheiten; Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z.B. Disease Management für Diabetes mellitus, Arthritis, Asthma bronchiale); Förderung des Selbstmanagements der Patient*innen durch Information, Beratung und Anleitung; Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem; Integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor; klinische Assessments; körperliche Untersuchungen; Ersteinschätzung und Beratung bei bestimmten Erkrankungsbildern; Gesunderhaltung und -förderung; Befähigung von Patient*innen; Koordination; Kooperation; Leadership; Bedarfserhebung von Pflegebedürftigkeit
Claaßen et al. 2021	Projektmanagement; QM; Managementinhalte; Schmerz- oder Case Management; überwiegend klient*innen-nahe Tätigkeiten in der direkten pflegerischen Versorgung; Schreiben eines QM-Handbuches; Projektplanungen; Mitarbeiterschulungen
Dangel und Korporal 2014	Eigenständige Tätigkeiten; Diagnostik; Handlungsplanung; Durchführung und Evaluation von Tätigkeiten in der Praxis; pflegehandlungsbezogene und kommunikative Handlungen; Beratung, Schulung; Übernahme und Übergabe von Arbeitsprozessen; Gemeindebezogene Aufgaben
Doppelfeld 2020	Versorgung chronisch kranker Menschen, die sich die medizinische Versorgung nicht mehr leisten können; Netzwerkarbeit; Routinekontrollen; EKG; Blutentnahmen; Assessments zum Versorgungsplan; Erhebung Betreuungs- und Beratungsbedarf
Doppelfeld & Klein, 2021	Vermitteln von Vertrauen und Sicherheit; bedürfnisorientierte Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsprävention und Förderung; Förderung von Gesundheits- und Selbstmanagement; (häusliche) Versorgung chronisch Kranker Menschen; Pflegekonsile; Vernetzungsarbeit und Kooperation mit weiteren Beteiligten; Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen von Patient*innen; Erstellen eines Versorgungsplanes; Erfassen von Diagnosen, Medikation und Vitalzeichenmonitoring, Routineuntersuchungen; Unterstützen in der Medikamentenadhärenz; pflegerische Anamnese und Assessment; Hausbesuch
Doppelfeld et al. 2023	Beratung, Anleitung; Vernetzungsarbeit; Kommunikation mit Patient*innen; Vermittlung von professionellen und informellen Unterstützungsangeboten; Präventionsarbeit (Vermeidung von Arztbesuchen, Klinikaufenthalten); Assessment der gesamten gesundheitlichen Situation; Erstellen von Versorgungsplänen mit Patient*innen; Erfassen medizinischer Diagnosen und (Dauer-) Medikation; Pflegeanamnese; Schulung, Anleitung und Beratung in Bezug auf das Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen; Beratung zu Krankheitsbewältigung; Prävention und Gesundheitsförderung; Information der Patient*innen sowie deren Angehöriger (Hilfe zur Selbsthilfe fördern); Förderung der Selbstmanagementkompetenz; Hausbesuche
Frei 2021	Repräsentation einer reflektierten Pflegepraxis; Aufzeigen von Entwicklungsbedarf innerhalb der Praxis und Wissenschaft; Untersuchen und Begleiten von Erfahrungen und Entwicklungen sowie des Lernens und der Wissensumsetzung; Untersuchen der Wirksamkeit und Begleiten von Innovation; Nutzen von Konzepten und methodischen Ansätzen für Qualitäts- und Praxisentwicklungsprojekte sowie Evaluation; Publikation wissenschaftlicher Erkenntnisse; Mobilisierung von Ressourcen sowie Zugang zu Information ermöglichen durch Leadership und strukturelles Empowerment

Freund 2014	Prozesssteuerung; Management; QM; Case Management; Koordination und Nachbereitung von Arztbesuchen; Screenings und Assessments; Anpassung von Veränderungen der Pflegebedürfnisse; Ansprechperson für Mitarbeiter*innen und Angehörige, auch hinsichtlich von Konfliktbewältigung; pflegebezogene Diagnostik; Pflegevisiten, Neueinstufung des Pflegebedarfs; interdisziplinäre Fallbesprechungen; ernährungsbezogenes Screening und Planung, Beratung von Angehörigen,
Gaidys 2011	Patient*inneneinweisung, -überweisungen und -entlassungen; Assessments unter dem Fokus der Beeinträchtigungen des Lebensalltags des Pflegebedürftigen und seiner Familie durchführen; die Konsequenzen aus den gesundheitlichen Einschränkungen für das Erleben und den Alltag dieser Menschen klinisch bewerten
Genge et al. 2013	Betreuung komplexer Einzelfälle; Psychoedukation; Leitung störungsspezifischer Gruppen; Schnittstellen- oder Fallmanagement
Gisch und Lange 2017	Das Berufsbild in der Öffentlichkeit selbstbewusst vertreten; neue Erkenntnisse der Pflegewissenschaft in das tägliche pflegerische Tätigkeitsfeld implementieren; Übernahme der Einarbeitungs- und Anleitungssituationen von Kolleg*innen; Auszubildende und Studierende in der Pflege evidenzbasiert unterstützen und verbessern; Projektarbeit; Begleitung von Pflegevisiten; Leitung von Qualitätszirkeln, QM; Case Management
Haslinger und Rutenkröger 2022	Bildungsprozesse steuern, Qualifikationsbedarf erkennen, Angebote gestalten und durchführen; Weiterentwicklung sowie Stärkung und Verbesserung der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit; Koordination und Organisation des Skills-Mix; Weiterentwicklung der häuslichen, pflegerischen und betreuenden Versorgung
Hähn und Bräutigam 2020	QM; Case Management; Lehre; Forschung; Anteilige Patient*innenversorgung; Konzeptentwicklung; Fortbildung/Weiterbildung für Mitarbeiter*innen
Helbig et al. 2022	Ethische Entscheidungsfindung; Verbessern der Versorgungssituation von Menschen mit Körperbehinderungen; Koordination komplexer Versorgungssituationen; erweitertes und vertieftes pflegerisches Handeln; evidenzbasierte Praxis; Theorie-Praxis-Transfer; Unterstützung zur Teilhabe; Beratung und Coaching; intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit, Optimieren des Austausches; psychische Betreuung; fachliche Führung; vermittelnde Tätigkeiten in Bezug auf Interessensvertretung zwischen Klienten*innen und Mitarbeiter*innen; Organisation und Koordination von therapeutischem, medizinischem und pflegerischem Aufwand; Fallsteuerung und Beratung in Bezug auf Case Management; Forschung initiieren und durchführen; wissenschaftlich fundierte sowie bedürfnisorientierte Pflege erbringen
Hener 2016	Selbstständige Ausübung von Heilkunde: Verordnung von Medizinprodukten, Heil- und Hilfsmitteln; Überweisung an andere Gesundheitsdienstleister*innen; Einbeziehen weiterer diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen; übertragene medizinische Aufgaben: Assessment, Interventionsplanung und Therapiedurchführung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronischen Wunden, Demenz (nicht palliativ) und Hypertonie (ohne Schwangerschaft); Infusions- und Injektionstherapie; Stomatherapie; Wechsel von Trachealkanülen; Tracheostomanagement; Anlage und Versorgung einer Magensonde; Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters; Versorgen und Wechseln eines suprapubischen Blasenkatheters; therapeutische Aufgaben: Atemtherapie; Bereiche Ernährung und Ausscheidung; Schmerztherapie; fallorientierte komplexe Pflege: Psychosoziale Versorgung; Case Management; Anleitung und Beratung von Patient*innen und deren Angehörigen
Henni Rached 2021	Kultursensible Palliativversorgung von Sterbenden; Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess: Planung, Umsetzung, Dokumentation
Heyelmann 2015	Übernahme von Führungsaufgaben; Konzeptentwicklung oder Überleitungsplanung; Planungs- und Steuerungsaufgaben
Idler 2020, 2021	Inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit; Erstkontakt zu Patient*in und Familie, initiales Assessment (systemisch und pflegerisch); Administration und betriebswirtschaftliche Aspekte des einzelnen Falls; Krankheits- und situationsangepasste Beratung/Information (Patient*in und Familie, Kooperationspartner, Umfeld); Fallkomplexität erfassen über den gesamten Pflegeprozess (systemisch-pflegerisch, sozial, ethisch/kulturell); Assessments; Kurzfortbildung von Mitarbeitenden; Hauptverantwortliche für komplexe Pflegefälle; Angehörigenberatung; Überleitungsmanagement; Praxisanleitung Bachelorstudierender; Supervisionsleitung; Case Management; Pflege-Coaches (ambulante Pflege); Komplexe Versorgungssituationen im Kontext der Themenfelder Mobilität, Ernährungs- und Schmerzmanagement und kritische Ereignisse wie Heimeinzug und Sturz; Integration von EBN; Bewohner*innenbezogene edukative Angebote; Pflegerische Konsiliartätigkeit; Moderation von interprofessionellen ethischen Fallbesprechungen
Illichmann, 2019	Evidenz-basierte pflegewissenschaftliche Fragestellungen aus dem Pflegealltag recherchieren und beantworten; wissenschaftliche Publikationen auf interne und externe Validität prüfen und beurteilen; gemeinsam mit Fachpflege professionelles Arbeiten in der direkten Pflege und Patient*innenversorgung unterstützen und begleiten; Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
Kaltenbach-Schmökel 2014	Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis; Fachliche Führung; Teamentwicklung; Beratungen; Schulungen für Mitarbeitende; Konzeptionen; Koordination, Assessments und Pflegeplanung
Kempa 2020	Qualitätssicherung; Entwicklung von erweiterten Problemlösungsstrategien; EBN; Praxisentwicklungs- und Praxisforschungsprojekte durchführen
Klapper 2019	Komplexe individuelle Fälle und ihren Kontext verstehen, entsprechend die richtigen Maßnahmenplänen, umsetzen und ggf. flexibel anpassen; Arbeiten und kommunizieren im multiprofessionellen Team; unter begrenzten Zeit- und Finanzressourcen qualitativ hochwertige Arbeit liefern und weiterentwickeln; Innovationen aus Forschung und Technologie sachgerecht in die Praxis überführen; EBN; Berufliches Handeln reflektieren und anpassen; Prävention und Gesundheitsförderung; Beratung

Köpke et al. 2015	Recherche und kritische Bewertung von Forschungsarbeiten im Zuge einer Leitlinienentwicklung; Multiprofessionelle Implementierung neuen Wissens; aktive Mitgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung
Krause et al. 2018	Eigenständige Fallverantwortung und Steuerung; Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse
La Cruz et al. 2017	Exzellente Pflegefachentwicklung in der Patient*innenversorgung; Mentoring und klinische Lehre; Forschungsprojekte entwickeln bzw. realisieren; Expertise einbringen in die Patient*innenversorgung; Fachliche Führung in komplexen Pflegesituationen; Durchführung von Pflegevisiten inklusive Erfassung von Pflegeergebnissen oder auch die Erstellung einer Pflegeplanung bei Patient*innen mit hohem post-akuten Versorgungsbedarf; Gespräche und Beratungen mit Angehörigen, um diese auf eine veränderte häusliche Situation vorzubereiten
Lange und Gisch 2017	EBN; Anleitung/Schulung von Kolleg*innen; Unterstützung des pflegerischen QMs; Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten; Übernahme spezifischer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche; Prozesse und Handlungsstrukturen optimieren; Stabstelle für Pflegeentwicklung; Leitungs- und Managementaufgaben; Optimierung der Dokumentation; Pflegeprozessessteuerung; Ansprechpartner*in sein; Pflegekonzepte entwickeln
Löser-Priester 2017	Case und Care Management; Prävention und Gesundheitsförderung; Information, Schulung, Beratung; EBN; Versorgungssteuerung; Forschung; Übernahme ausgewählter primär ärztlicher Aufgaben
Lücke 2020	Gesundheitsförderung und Prävention; Versorgung chronisch Erkrankter; Gemeindeorientierte Sozialraumplanung und -versorgung; (Weiter-)Vermittlung heilkundlicher Aufgaben; E-Health-Versorgung; Palliativversorgung
Naegele et al. 2019	Übernahme von Aufgaben mit Spezialisierung auf eine bestimmte Erkrankung (z.B. Mamma-Karzinom), auf ein bestimmtes Symptom (z.B. Fatigue) oder innerhalb eines bestimmten Settings (z.B. Brust-Zentrum)
Nock et al. 2022	Ersteinschätzung, Untersuchung und Beratung bei Gesundheitsproblemen; Koordination von Vorsorge und Gesundheitsförderung; Navigation durch das Gesundheitssystem; Pflegesprechstunde; Körperliche Untersuchungen, Assessments und Verlaufskontrollen, Monitoring von Erkrankungsverläufen; Ausüben heilkundlicher Tätigkeiten; Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Vernetzung und Koordination; Management komplexer Versorgungsbedarfe; (Angehörigen-)Beratung, Schulung und Anleitung
Oehmen 2013	Primary Nursing; Case Management; QM; Schulen und Beraten; Forschungsprojekte unterstützen
Reuschenbach 2021	Daseinsvorsorge und Gesundheitsvorsorge; Einschätzung von Pflegebedarfen; Analyse verfügbarer Versorgungsstrukturen; Planung und Implementierung neuer Konzepte; direkte individuelle medizinisch-pflegerische Grundversorgung für verschiedene Gesundheitsanliegen
Reuschenbach et al. 2022	Eigenständige Versorgung komplexer Einzelfälle im Rahmen interdisziplinärer Primärversorgung; Aufgaben der Steuerung, Planung und Beratung in der kommunalen Daseinsvorsorge; Handlungsfelder im öffentlichen Gesundheitsdienst; Als Ansprechpartner*innen für Patient*innen Steuerungs- und Koordinationsfunktion übernehmen; Case und Care Management
Romberg et al. 2022	Physikalische Therapie, Schmerzmanagement, Augenpflege, Schläfförderung; Komplexe Pflegeinterventionen: Wundpflege, Blutungsstillung, Asthmanagement; einzelne Handlungen: Beratung, Zuhören, emotionale Unterstützung, Angstminderung, Gesundheitswissen verbessern, Gesundheitsbildung, unterstützen in der Entscheidungsfindung, Aggressionskontrolle, Krisenintervention, Ernährungsberatung/-management, Suchtmittelprävention; Sicherheit: Erste Hilfe, Vitalzeichenüberwachung, Sportverletzungsprävention, Infektionskontrolle, Allergiemanagement, Notfallpflege; Gesundheitssystem: Dokumentation, Monitoring, Telefonberatung, multidisziplinäre Patientenbesprechung; Familie: Resilienzförderung, Familienunterstützung; Gemeinde: Infektionsmanagement, Immunisierungs-/Impfmanagement.
Schacke 2018	Mitwirkung an der Lösung sozialer Probleme im Kontext von Altern und Beeinträchtigung; Kommunikation mit und Beratung von älteren Menschen in Krisen- und Grenzsituationen; quartiersbezogene Planung, Koordinierung und Konzeptionierung von Unterstützungsarrangements bei Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit; Initiierung und Gestaltung von Bildungsprozessen im Bereich der familialen und professionellen Pflege; Betreuung; Anwendung gerontologischen Wissens (verhaltens-, sozial- und gesundheitswissenschaftliche sowie rechtliche Kenntnisse); Blick auf Ressourcen und Potenziale werfen und diese systematisch fördern
Schädle-Deiningner 2020	Eigenverantwortliche Steuerung von Prozessen; Bearbeitung und Auswertung von umfassend fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen; qualitativ hochwertige Versorgung von psychisch kranken Menschen
Schäffer 2011	Qualitätsentwicklungsstellen; Bereiche der Patient*innenedukation und Selbstmanagementförderung; Unterstützung durch Case Management
Scheel et al. 2018	EBN; Ethik; Praxisentwicklung in der Pflege; Qualitäts-, Risiko- und Fehlermanagement; Patient*innen- und Angehörigenedukation
Scheydt und Holzke 2018a	Case Management; Soziales Kompetenztraining; Metakognitive Therapie; Wundmanagement; Praxisanleitung, Praxisbegleitung; Beratungs- und Schulungsaufgaben für Patient*innen, Angehörige und z.T. Mitarbeitende zu spezifischen psychiatrisch pflegerischen Aspekten oder im Sinne der Psychoedukation; Praxisbegleitung; Supervision bzw. Coaching der Pflegefachspezialisten; Fachliche Führung der Pflegespezialisten bzw. der Koordination eines ANP-Teams; Erstellung von Richtlinien; Umsetzung von Forschungsergebnissen; Leitung von Projekten der pflegerischen Praxis; Qualitätsentwicklung; Forschung in Forschungsprojekten; Leitung komplexer Forschungsprojekte durch promovierte Expert*innen; Veröffentlichen von Forschungsergebnissen in Fachzeitschriften; Referate auf Fachkongressen; Unterstützung und Anleitung der Pflegefachpersonen

Scheydt und Holzke 2018b	Überwiegend in der direkten klinischen Patient*innenversorgung tätig; Fachliche Verantwortung innerhalb des jeweiligen Settings; Grundlegende Kenntnisse über psychiatrische Assessmentverfahren; Erweiterte Kenntnisse bzgl. Assessmentverfahren im klinischen Spezialgebiet; Grundlegende Forschungskompetenz; Fähigkeit zur Reflexion der Wirksamkeit von Handlungen und zur Integration angepasster Handlungen vor dem Hintergrund verfügbarer Evidenz; Moderation spezifischer Fallbesprechungen; Beratung von Patient*innen im Rahmen der jeweiligen Spezialisierung; Mitentwicklung evidenzbasierter Richt- bzw. Leitlinien für den jeweiligen Bereich bzw. das jeweilige Setting; Begleitung der Umsetzung evidenzbasierter Richt- und Leitlinien im jeweiligen Setting; Grundlegende Kenntnisse im Bereich ethischer Entscheidungsfindung
Schmitte 2016	Case Management bei vulnerablen Gruppen (z.B. für chronisch psychisch Erkrankte); fallführende psychosoziale Versorgung mit spezifischen Verfahren und Interventionen der Beziehungs- und Milieugestaltung; Hilfen zur Krankheits- und Alltagsbewältigung; Arbeit in spezifischen Settings (z.B. Akutversorgung oder Psychotherapie); Supervisions-, Beratungs-, Konsiliar- und Liaisondienste; Arbeiten an der Schnittstelle von stationär und ambulant; Durchführung von Adherence-Therapie, Gruppentrainingsprogrammen und ambulanter Nachsorge; Entwicklung und Durchführung pflegerischer Gruppenangebote in der Tagesklinik; pflegfachliche Führung von Deeskalationsmanagement; Gestaltung eines regelmäßigen pflegfachlichen Austausches
Stephanow 2020	Clinical Leadership; Treffen von Entscheidungen in komplexen Sachverhalten; Beratung von Patient*innen und An- bzw. Zugehörigen; Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit; Sicherung der Behandlungsqualität durch das Implementieren von Konzepten evidenzbasierter Interventionen; kritische Bewertung von Studien; Generieren von Fragestellungen aus dem jeweiligen Arbeitskontext, um Forschungs- und Entwicklungsprojekte anzustoßen
Szepan 2021	Übernahme von Assessments in hausärztlichen Praxen; eigenständiges Verschreiben von Heil- und Hilfsmitteln; präventive und gesundheitsfördernde aufsuchende Beratung; Pflegeprozesssteuerung; interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation; Stärkung von Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege; Einschätzung komplexer Pflegesituationen; Treffen klinischer Entscheidungen; Forschung; EBN
Völkel und Peters 2020	Gesundheitsförderung, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. den Umgang damit erleichtern; Lebensqualität erhalten; Pflegediagnostische Prozesse einleiten; Durchführung von Routineuntersuchungen; Schulungen, Vernetzung, Koordination; Steuerung, Beratung; Mitgestaltung der Kommunalpolitik unter Beteiligung der Bevölkerung; Datenerfassung für die Kommune; Aufklärung der Bevölkerung und Institutionen; Forschen; Implementieren; Managen; Einbindung in den Theorie-Praxis-Transfer
Wegner 2019	Stationsübergreifende direkte Patient*innenversorgung; Beratung; Schulung; Fallsteuerung komplexer Behandlungsfälle; EBN; Gesundheitsförderung; Fortbildung/Weiterbildung und Kurzschulungen für Mitarbeitende; Austausch mit der beauftragten Person für das Qualitätsmanagement und die Personalentwicklung; Konzeptentwicklung; pflegerische Richtlinienentwicklung
Weidner und Schubert	Beratung von pflegebedürftigen Personen, Angehörigen, sowie Pflegeteams und Angehörigen anderer Professionen; Spezialisierte Versorgung und Steuerung hochkomplexer Versorgungsfälle bzw. Prozesse; übergreifende Leitungsaufgaben im Kontext fachlicher Expertise; Begleitung und Unterstützung von Bachelorqualifizierten sowie von Pflegenden in neuen Rollen; Anbieten von kollegialer Beratung und Schulungen; fachliche Verantwortung in der Pflege; Verbesserung der pflegerischen Qualität; Pflegekonsile
Welp und Lippke, 2020	Gesundheitskompetenz stärken u.a. durch Bewertung wichtiger Ressourcen und Strategien im Hinblick auf Selbstmanagement und Verhaltensänderung; ; Evaluation des Umfeldes und der Lebenssituation sowie unterstützender Systeme Soziales Umfeld von Patient*innen stärken (u.a. Freunde, Familie); patient*innenzentrierte Interaktion unter Anwendung von Kommunikationsstrategien; Führungskapazitäten und Zusammenarbeit stärken; Identifikation von Strategien und Interventionen, mit dem Ziel diese zu koordinieren, um eine Kontinuität und Sicherheit zu gewährleisten; Kommunikationsbarrieren reduzieren, u.a. durch Identifikation von Barrieren im Prozess, Bereitstellen von verständlichen Dokumenten
Wientjens et al. 2021	Pflegeplanung; pflegerische Versorgung; Beratung und Anleitung der Patient*innen mit komplexen pflegerischen und/oder medizinischen Versorgungsbedarfen; Ansprechpartner*in für Patient*innen und Angehörige
Zegelin 2020	Hausarzt ähnliche individuelle Patient*innenversorgung; kommunale Planung
Zimmermann und Peters 2021	Hochkomplexe Pflegeprozesse wissenschaftsbasiert steuern und gestalten; pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Pflegepraxis anwendungsorientiert einbeziehen; Forschungsergebnisse verstehen und anwenden; Fort- und Weiterbildungsbedarfe erkennen; kritisch-reflexive Analyse von theoretischem und fachpraktischem Wissen; Beteiligung an Innovationen und Lösungsansätzen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungspraxis; Mitarbeit an Konzepten des QMs; Entwicklung von Leitlinien und Expertenstandards

4.1.3 Bezug zu den Kompetenzniveaus

Zum Verständnis des Kompetenzbegriffs und der Einteilung der Kompetenzniveaus hat sich das Bildungssystem im Pflegebereich an den Europäischen Kompetenzrahmen angeschlossen. Nach dem PflBG werden fünf Kompetenzbereiche unterschieden: Pflegeprozesse & Pflegediagnostik, Kommunikation & Beratung, Intra- & interdisziplinäres Handeln, Recht & Ethik, Pflegewissenschaft & Berufsethik (Feuchtinger und Jahn 2018). Hier wird bereits deutlich, dass sich die neue Grundausbildung an der internationalen Beschreibung für APN orientiert. Die Definition der APN ist auf diese Kompetenzbereiche zugeschnitten: „Eine Pflegeexpertin APN ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist.“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. et al. 2013).

Die Kompetenzstufen nach Benner (2000) werden ebenfalls in einigen der Publikationen benannt. Das Modell identifiziert fünf Stufen, die besagen, wie sich nach dem Examen die Berufsrolle „vom Novizen zum Experten“ erweitern kann. Das Rollenmodell von Hamric und Tracy (Hamric et al. 2019) wird vom deutschen Netzwerk APN und ANP g.e.V. als ANP-Modell mit sieben Subrollen beschrieben: Praktiker*in, Expert*in, Leiter*in, Lehrer*in, Forscher*in, Vertreter*in und Berater*in. Naegele et al. (2019) beziehen sich ebenso auf das APN-Modell und beschreiben die Kernkompetenzen beispielhaft für den Bereich der Onkologischen Pflege. So zeigt sich immer wieder im Rahmen der für das vorliegende Scoping Review gesichteten Literatur, dass die Bemühungen, das APN-Modell nach Hamric und Tracy (Hamric et al. 2019) auf Deutschland zu übertragen, vorhanden sind. Allerdings wird im Rahmen dessen auch auf die benötigten Anpassungen auf gesetzlicher sowie auf institutioneller Ebene verwiesen (Albers et al. 2022).

In der VAMOS-Studie (Dieterich et al. 2019) werden von den „7 + 1 Kompetenzbereichen“ gesprochen: (1) interprofessionelle Zusammenarbeit, (2) wissenschaftliche Erkenntnisse recherchieren und generieren, (3) Qualität sichern und entwickeln, (4) Anleitung und Schulung, (5) Beratung und Information, (6) Durchführung klient*innenbezogener Maßnahmen, (7) Planung, Steuerung und Evaluation pflegerischer Prozesse sowie als letzte und übergeordnete Kompetenz (8) Leadership.

Im Kontext der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen bzw. der Ausgestaltung der freiberuflichen Tätigkeit im Pflegeberuf konnten mit Ausnahme der Pflegeberatung

§ 7a SGB XI in der gesichteten Literatur keine Hinweise zur Ausgestaltung einer solchen gefunden werden.

4.1.4 Aktuelle Situation der akademisierten Pflege in Deutschland

Trotz der Fülle der in der Tabelle 2 beschriebenen Aufgaben und Tätigkeiten von aqP ist in Deutschland – wie einleitend erwähnt – der Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen an der Versorgung gering, insbesondere im klient*innen-nahen Bereichen (Bergjan et al. 2021). Basierend auf dem nationalen Review sollen Hintergründe für diese Ist/Soll Abweichung beleuchtet werden.

Durch mehrere Verbleibstudien, z.B. VAMOS-Studie, zeigt sich, dass Stellenprofile fehlen und Stellenausschreibungen für die Zielgruppe Bachelor- und Masterabsolvent*innen für den Pflegebereich nicht vorhanden bzw. nicht an deren Qualifikation angepasst sind (Dieterich et al. 2019; Dieterich 2020). Werden Absolvent*innen direkt nach ihren Tätigkeiten im Arbeitsfeld befragt, geben diese an, nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt zu werden (Dieterich et al. 2019). Häufig arbeiten sie in der Pflege bei gleicher Bezahlung oder zusätzlich in Leitungsfunktionen oder in Arbeitsgruppen, die verpflichtend vorgehalten werden müssen (z.B. in den Bereichen Hygiene, Qualitätsmanagement, Entlassungsmanagement, Praxisanleitung, Ausbildung). Da in der VAMOS-Studie etwa die Hälfte der befragten Absolvent*innen angibt, hauptberuflich in Akutkliniken tätig zu sein, zeigen sich auch hier die unterrepräsentierten erweiterten Praxisfelder in der Langzeitpflege und im Quartier als ein nicht ausgeschöpftes Feld für Einsatzbereiche akademisierter Pflegefachpersonen (ebd.).

Bensch (2020) nennt als einen Lösungsweg für erweiterte Aufgabenbereiche von APN die Heilkundeübertragungsrichtlinie (HKÜtrRL), die es spezialisierten Pflegefachpersonen ermöglicht nach eingehender Diagnosestellung von ärztlicher Seite aus selbständig im Fallmanagement zur Heilkunde gehörenden Tätigkeiten auszuüben (siehe die vom GBA erstellte Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V). Geithner et al. (2016) stellen fest, dass es unklar sei, inwieweit es sich hierbei um Delegation oder Substitution handelt, wobei eine Übertragung (Substitution) auf Pflegefachpersonen möglich ist. Hierzu finden sich auch bei Burgi und Igl (2021b) entsprechende Zuordnungen und Auflistungen nach Handlungsfeldern und Tätigkeiten zu Versorgungsschwerpunkten, wie z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie (außer Hypertonie in der Schwangerschaft).

Albers et al. (2022) beschreiben als Empfehlung für die Praxis, dass es unabdingbar sei, aqP als spezialisierte Fachkräfte in das pflegewissenschaftliche Arbeitsfeld zu integrieren. Die Autor*innen benennen die Möglichkeit verschiedener Leitungsstränge in Form von Pädagogik,

Management und fachlicher Leitung mit der Forderung, die Akteur*innen im Rahmen ihrer erworbenen Kompetenzen einzusetzen. Dies bedeutet, die Absolvent*innen in ihrer beruflichen Anschlussperspektive entsprechend ihrer Disziplin, z.B. Pflegewissenschaft oder Pflegepädagogik, einzusetzen und nicht beispielsweise eine*n Pflegewissenschaftler*innen im Schwerpunkt der Pädagogik. Auf organisatorischer Ebene beschreiben sie drei Gründe, die als Erfolgsfaktoren eine wichtige Rolle spielen: die Verortung in der Organisation, die Weisungsbefugnis der APNs sowie deren tarifliche Eingruppierung. Albers et al. (2022) fordern in diesem Fall für eine Masterabsolvent*in eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe 13 (TVÖD).

In Studien, in denen Personalverantwortliche und Führungskräfte befragt wurden, sind zwar Vorstellungen zu Einsatzbereichen und Tätigkeitsfeldern zu finden (Claaßen et al., 2021; Kempa, 2020; Wegner, 2019). Diese beziehen sich aber häufig auf Bereiche des Qualitätsmanagements und auf Leitungs- oder Führungsaufgaben. Zusammenfassend gibt Löser-Priester (2017) zur Berufssituation und zum aktuellen Arbeitsmarkt an, dass besonders in der Langzeitpflege der Bedarf von aqP nicht erkannt wird, auch wenn es ein wachsendes Berufsfeld mit vielen Veränderungen darstellt.

4.1.5 Fazit

Vor dem Hintergrund der Fragestellung konnten im Rahmen des vorliegenden Scoping Reviews zahlreiche Aufgaben und Tätigkeiten in den Publikationen identifiziert werden, die in der tabellarischen Darstellung ein umfassendes Bild der aktuellen und potenziellen Tätigkeiten zeigen. Es konnte auch eine Heterogenität der Berufsbezeichnungen für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen herausgearbeitet werden. Eindeutig zugeordnete Bezeichnungen sind nur bedingt erkennbar. Im Rahmen des Modells von Hamric und Hanson (Hamric et al. 2019) und deren Definition von Aufgaben und Tätigkeiten gibt es durchaus erste Anhaltspunkte für Berufsbezeichnungen und deren Kopplung an Qualifikation, Aufgaben und Tätigkeiten.

Grundlegend zeigt sich hier eine deutliche Tendenz zu patient*innennahen Aufgaben und Tätigkeiten beziehungsweise solchen im direkten Kontakt mit Patient*innen. Des Weiteren spielen Aufgaben in der erweiterten Heilkunde eine Rolle. Ein ebenso häufig thematisiertes Aufgabenfeld wird in der intra- und interprofessionellen Schnittstellenarbeit und im Case Management benannt. Ergänzend dazu zeigen sich Aufgabenfelder mit einem Anteil an Steuerung und Management wie z.B. auszugsweise, fachliche Leitungsaufgaben (Clinical Leadership) oder die Leitung und Organisation von Projekten, Arbeitsgruppen oder auch

Abläufen, Teilaufgaben im Bereich der Bildung, der Beratung, der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch in der Berufspolitik und der Wissenschaft.

Im Rahmen der Literaturrecherche ist zu erkennen, dass insbesondere für Absolvent*innen eines Bachelorabschlusses in Bezug auf deren Berufsbezeichnungen eine ausgeprägte Heterogenität herrscht. Für Masterabsolvent*innen findet überwiegend eine Orientierung am APN-Modell sowie dem ICN-Pflegekompetenzmodell statt. Auch wenn sich einige Publikationen mit der Implementierung von Bachelorabsolvent*innen, deren Verbleib in der direkten Pflege und deren Tätigkeitsfeldern auseinandersetzen, gibt es weder einen breiten Konsens in Hinblick auf eine Implementierungsstrategie noch eine einheitliche Berufsbezeichnung (Baumann und Kugler 2019; Claaßen et al. 2021; Dieterich et al. 2019).

Wichtige institutionelle Voraussetzung sind nach Albers et al. (2022), Gisch und Lange (2017), Geithner et al. (2016), die Forderungen nach klaren Stellenprofilen. Damit einhergehend wird häufig die Verankerung in Organisationsstrukturen sowie den tariflichen Eingruppierungen gefordert.

Hinsichtlich einer erweiterten Pflegepraxis verweist der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) in mehreren Positionspapieren darauf, „pflegerische Expertise im öffentlichen Gesundheitsdienst [zu] stärken“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2020) oder auch die „Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen“ zu fördern (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2021). Im Zusammenhang von APN mit Clinical-Leadership-Kompetenzen werden neue Führungs- und Versorgungsbereiche gefordert, die eine Übernahme von Aufgaben durch die Pflegenden in erweiterter Verantwortung zum Ziel haben (Blanck-Köster et al. 2020). Auch Burgi und Igl (2021a) weisen auf eine rechtliche Ausgestaltung dieser Rolle im Rahmen von CHN und komplexer Fallsteuerung hin, was die Definition von Leadership als ein erweitertes Rollenprofil im Rahmen von Substitution und Delegation dringend erfordert. Praxisentwicklung und Forschung, aber auch die Umsetzung von Konzepten, gelingen nur mit einer übergeordneten Leitungs- und Koordinationsrolle (Heyelmann 2015; Kempa 2020; Stephanow 2020).

Eine zu beachtende Limitation der Studie ist, dass aufgrund eines eingeschränkten Zugangs zu einzelnen Artikeln Informationen nicht mit aufgenommen werden konnten.

4.2 Ergebnisse der Literaturübersichtsarbeit international

Aus historischer Sicht entwickelte sich die Akademisierung von Pflegefachkräften zuerst in den Vereinigten Staaten und in Kanada (Martin-Misener et al. 2010). Andere Länder, wie beispielsweise Deutschland, die Schweiz oder Schweden, begannen sich erst Anfang der 2000er mit dem Thema auseinanderzusetzen (Aaron und Andrews 2016; Maier und Aiken 2016). Heute ist das Interesse an dieser professionellen Entwicklung in zahlreichen Ländern zu verzeichnen. Die Gründe dafür sind vielseitig, wie z.B. bestehende Engpässe innerhalb verschiedener Berufsgruppen, dem demografischen Wandel und neuen Work-Life-Modellen, die den Fachkräftemangel zuspitzen (Maier et al. 2017).

Über die Rolle und die Aufgaben der akademisch qualifizierten Pflegekräfte besteht bisher noch kein einheitliches Bild. Rakhab et al. (2021) stellten in einer Umfrage unter 333 akademisch qualifizierten Pflegekräften fest, dass die Rollen, die Berufsbezeichnungen und die Aufgaben uneinheitlich sind und unterschiedliche Autonomiegrade vorliegen. Zudem bestehen große Unterschiede mit welchen Voraussetzungen ein Studium zur akademisch qualifizierten Pflegekraft bzw. zur Advanced Practice Nurse absolviert werden darf. Auch die Auffassungen, ab welchem akademischen Grad sich eine Pflegekraft „Advanced Practice Nurse“ nennen darf, sind je nach Land sehr unterschiedlich (Bryant-Lukosius et al. 2017; Schober und Affara 2006; Schober und Affara 2009). Der International Council of Nurses (ICN) sieht vor, dass die Mindestanforderungen für die Arbeit als Advanced Practice Nurse einen Master-Abschluss voraussetzen (International Council of Nurses [ICN] 2023).

In einem Bericht der 37 Mitgliedsstaaten der OECD und der EU wurde bereits aufgelistet, wie akademisch qualifizierte Pflegekräfte zukünftig eingesetzt werden können. Diese beinhalten beispielsweise das Verschreiben von bestimmten Medikamenten, medizinische Diagnostik und die Beratung von Klient*innen. Zudem werden sie bereits als erste Anlaufstelle in der Primärversorgung eingesetzt. Das Arbeitspapier beinhaltet außerdem Themen wie Bildung, Vergütung und weitere Rahmenbedingungen, die eine Umsetzung bereits ermöglichen oder ermöglichen könnten. Eine große Anzahl von OECD-Ländern setzen bereits Rahmenbedingungen um, um das Aufgabenprofil von akademisch qualifizierten Pflegekräften zu erweitern (Maier et al. 2017). Schober und Affara (2006) zeigen auf, dass die Identifikation der Aufgaben von akademisch qualifizierten Pflegekräften immer abhängig vom Bedarf der jeweiligen Länder durchgeführt werden müsste.

In den angelsächsischen und skandinavischen Ländern zeigt sich, dass sich die erweiterte Pflegepraxisrolle aufgrund des effizienteren Einsatzes und einer hohen Qualifizierung von Pflegefachpersonen, zur Senkung von Gesundheitskosten, für bessere Patient*innen-

Outcomes und der Kompensation des Ärzt*innenmangels beigetragen hat (Courtenay 2018; Kilpatrick et al. 2020). Weitere Autor*innen weisen darauf hin, dass es für eine bessere Pflegequalität in der Langzeitversorgung eine höhere Anzahl an akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen bräuchte (Backhaus 2017).

Im Rahmen der Recherche wurden 14.861 Studien aus elektronischen Datenbanken identifiziert. Davon wurden 49 Studien nach Titel/Abstract-Screening und Volltextsichtung und den zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien in das vorliegende systematische Scoping-Review inkludiert. Für eine bessere Übersicht wurden die identifizierten Studien in folgende Cluster eingeteilt: Länder, Setting und pflegerische Bezeichnung sowie Aufgaben und Tätigkeiten. Aufgrund der Vielfalt an Aufgaben und den unterschiedlichen Studienschwerpunkten, ist es oftmals schwierig diese einheitlich und klar voneinander abgrenzbar darzustellen. Das Cluster Aufgaben beinhaltet beispielsweise Überschneidungen mehrerer Aufgaben wie das Verschreiben von Medikamenten, Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitliche Aufklärung, Durchführung von Assessments und Management Prozessen. Die tabellarische Ergebnisdarstellung bietet zunächst einen ersten Überblick der inkludierten Studien. Im weiteren Verlauf werden die Studien anhand der zugeteilten Cluster näher beschrieben.

4.2.1 Länderspezifische Studien

Die inkludierten Studien können jeweils unterschiedlichen Ländern zugeordnet werden, in denen die Daten erhoben wurden.

Tabelle 3: Länderspezifische Studien

Land	Anzahl der Studien	Autor*in
England	14	Aldridge 2014; Aplin 2017; Begum und Riordan 2016; Carrier und Newbury 2016; Chater et al. 2019; Collins 2019; Courtenay 2018; Crowe 2014; Gamble und Denning 2017; Latham und Nyatanga 2018; Leadbeater 2013; Neylon 2015; Pearce und Breen 2018; Raleigh und Allan 2017
Vereinigte Staaten von Amerika	7	Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Jackson et al. 2019; Kosevich et al. 2014; Luther et al. 2019; Mohammed et al. 2020; Reville und Foxwell 2017
Schweiz	7	Flückinger et al. 2019; Jenkins et al. 2021; Kobleder et al. 2020; Müller-Staub et al. 2015; Petry et al. 2014; Rutz 2020; Studer und Miracco 2018
Österreich	4	Breuer 2015; Dieplinger et al. 2018; Pichler 2021; Rappold et al. 2021
Kanada	3	Kaasalainen et al. 2013; Kilpatrick et al. 2020; Lee und Fitzgerald 2013
Australien	2	Coady et al. 2019; O'Connor et al. 2018
Neuseeland	2	Bell et al. 2018; King et al. 2018
Irland	2	Mc Conkey und Haheesy 2018; Phelan und McCormack 2016
Schweden	1	Wahlberg und Bjorkman 2018
Indonesien	1	Widyarani et al. 2020

Israel	1	Nissanholtz-Gannot et al. 2017
Finnland	1	Salmi et al. 2018
Holland	1	Lovink et al. 2019
Thailand	1	Abe et al. 2014
Japan	1	Taniguchi et al. 2021
verschiedene europäische Länder	1	Baetselier et al. 2021

4.2.2 Setting

In den eingeschlossenen Studien konnten unterschiedliche Settings identifiziert werden, in denen akademisch qualifizierte Pflegekräfte tätig sind. Teilweise konnten einer Studie auch mehrere Settings zugeordnet werden.

Tabelle 4: Setting international

Setting	Anzahl der Studien	Autor*in
Community Care Nursing	18	Abe et al. 2014; Aldridge 2014; Begum und Riordan 2016; Bell et al. 2018; Chater et al. 2019; Coady et al. 2019; Courtenay 2018; Gamble und Dening 2017; Jenkins et al. 2021; King et al. 2018; Latham und Nyatanga 2018; Leadbeater 2013; Luther et al. 2019; Nissanholtz-Gannot et al. 2017; O'Connor et al. 2018; Raleigh und Allan 2017; Rappold et al. 2021; Widyarani et al. 2020
Ambulante pflegerische Versorgung	11	Blakely und Cope 2015; Collins 2019; Kobleder et al. 2020; Kosevich et al. 2014; Lee und Fitzgerald 2013; Luther et al. 2019; Müller-Staub et al. 2015; Petry et al. 2014; Pichler 2021; Rutz 2020; Taniguchi et al. 2021; Wahlberg und Bjorkman 2018
Langzeitstationäre Versorgung	7	Jackson et al. 2019; Kaasalainen et al. 2013; Kilpatrick et al. 2020; Lovink et al. 2019; Luther et al. 2019; Neylon 2015; Phelan und McCormack 2016
Nurse-led Clinics	5	Aplin 2017; Crowe 2014; Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Pearce und Breen 2018
Hospizliche Versorgung	1	Reville und Foxwell 2017
Psychiatrie	1	Studer und Miracco 2018
Hausärzt*innen-praxis	1	Flückinger et al. 2019
Nicht spezifiziert	4	Baetselier et al. 2021; Bobonich und Nolen 2018; Breuer 2015; Salmi et al. 2018

4.2.3 Pflegerische Bezeichnungen

Die identifizierten Studien beschreiben unterschiedliche pflegerische Bezeichnungen, die sich wiederum auch in den Studien überschneiden, da teilweise mehrere Pflegeberufsgruppen in die Datenerhebung mit aufgenommen wurden: Community (Care) Nurse (14 Studien), Advanced Nurse Practitioner (12 Studien), Nurse Practitioner (4 Studien), District Nurse (3 Studien), Community Matron (1 Studie), Domiciliary Care Nurse (1 Studie), Registered Nurse (4 Studien), Nurse Care Manager (1 Studie), Community Health Nurse (1 Studien), Prostata

Care Nurse (1 Studie), Community Psychiatric Nurse (1 Studie), Gerontology Nurse Specialist (1 Studie), Admiral Nurse (1 Studie), Nurse Prescribers (1 Studie), Telenurse (1 Studie), Rural Nurse (1 Studie), Oncology Nurse (3 Studien), Dermatology Nurse Practitioner (1 Studie), Public Health Nurse (2 Studien), Clinical Nurse Specialists (1 Studie), Specialist Movement Disorders Nurse (1 Studie), Chronic Care Nurse (1 Studie), Nurse Cystoscopists (1 Studie), Advanced Clinical Practitioner (1 Studie), Pflegeexpert*in (1 Studie).

Auch die Berufsbezeichnungen der aqP in der Schweiz und in Österreich variieren je nach Aufgaben und Tätigkeiten bzw. je nach Qualifikation. Häufig werden akademisch qualifizierte Personen in der Schweiz und in Österreich als APN, Pflegeexpertin oder Pflegeexperte bezeichnet (Dieplinger et al. 2018; Flückinger et al. 2019; Jenkins et al. 2021; Müller-Staub et al. 2015; Petry et al. 2014; Pichler 2021; Rutz 2020). APN haben in der Schweiz oder in Österreich einen Masterabschluss oder einen Dokortitel. In der Schweiz gibt es auch APN für psychische Gesundheit, psychosoziale Begleitung und Ethik. Neben der qualifikationsabhängigen Berufsbezeichnung werden akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auch als Community Health Nurses (CHN) eingesetzt (Jenkins et al. 2021; Rappold et al. 2021).

4.2.4 Aufgaben

Aufgrund der oft nicht klar definierten Aufgabenstellungen in den einbezogenen Studien erfolgt im weiteren Verlauf der Arbeit jeweils eine kurze Beschreibung bzw. Herleitung der jeweiligen Aufgabenstellung.

4.2.4.1 Assessment

Die anfängliche Einschätzung des Pflegebedarfs stellt den ersten Schritt des Pflegeprozesses dar. Dieser umfasst die systematische und kontinuierliche Erhebung, Sortierung, Analyse, Dokumentation und Kommunikation der gesammelten Daten. Während des Assessments erkennt eine Pflegekraft physiologische und pathologische Prozesse des pflegebedürftigen Menschen. Das *Nursing Assessment* umfasst mehrere Tätigkeiten, wie: Ersteinschätzung, körperliche Untersuchung, Anamneseerhebung, Schmerzassessment, psychosoziale Einschätzung, Einschätzung der Sicherheit und die kulturellen Besonderheiten (Toney-Butler und Unison-Pace 2022).

25 Studien nennen und/oder beschreiben, dass das *Assessment* zu den Aufgaben von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen gehört. Für eine bessere Übersicht werden die folgenden Studien in zwei Untercluster krankheitsspezifisch (5 Studien) und settingspezifisch (20 Studien) unterteilt. In vier der 24 vorliegenden Studien wird die Bedeutung eines

krankheitsspezifischen Assessments als eine Aufgabe akademisch qualifizierter Pflegekräfte betont (Aldridge 2014; Aplin 2017; Bobonich und Nolen 2018; Leadbeater 2013). Bobonich und Nolen (2018) stellen dabei fest, dass eine Dermatology Nurse ein umfassendes Assessment durchführt, das auch krankheitsspezifische Gesundheitsaspekte berücksichtigt. Dieses systematische Assessment beinhaltet Untersuchungen von Haut, Haaren und Nägeln sowie die Erhebung von Gesundheitsrisiken der Patient*innen zur Hautkrebsvorsorge. Darüber hinaus ist eine Dermatology Nurse auf Wunden und Wundkomplikationen spezialisiert. Aldridge (2014) zeigt in ihrer Studie auf, dass Patient*innen mit chronischer Schuppenflechte ein erhöhtes Risiko haben, an Diabetes, Bluthochdruck oder Übergewicht zu erkranken. In diesem Kontext spielt die Rolle der Community Nurse bei der Behandlung dieser Patientengruppe eine entscheidende Rolle. Eine der Aufgaben dieser akademisch qualifizierten Pflegekraft besteht ferner darin, ein umfassendes Assessment durchzuführen, bei dem unter anderem Blutwerte wie Blutzucker, Gesamtcholesterin, Nieren- und Leberwerte bestimmt werden. Leadbeater (2013) beschäftigt sich in ihrer Studie mit der Versorgung von Patient*innen mit metastasiertem Brustkrebs, die durch eine Breast Cancer Nurse betreut werden. Die Studie zeigt diesbezüglich auf, dass das Assessment durch die Breast Cancer Nurse eine routinemäßige Ersteinschätzung der Patient*innen darstellt. Gleiches gilt bei der Studie von Aplin (2017). Hierbei führen akademisch qualifizierte Pflegekräfte selbstständig abdominale Bauchhöhlenpunktionen durch, wobei das Assessment in diesem Fall eine abdominale Ultraschalluntersuchung umfasst.

19 Studien beschreiben ein settingspezifisches Assessment (Begum und Riordan 2016; Bell et al. 2018; Carrier und Newbury 2016; Collins 2019; Crowe 2014; Flückinger et al. 2019; Kaasalainen et al. 2013; King et al. 2018; Kosevich et al. 2014; Lovink et al. 2019; Luther et al. 2019; Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Müller-Staub et al. 2015; Pearce und Breen 2018; Raleigh und Allan 2017; Wahlberg und Bjorkman 2018; Widyarani et al. 2020). King et al. (2018) beschäftigen sich in ihrer Studie mit einem umfassenden geriatrischen Assessment, das von einer Gerontology Nurse in einer Gemeinde durchgeführt wurde. Das Assessment umfasst eine Beurteilung von Atmungs-, Herz-, neurologischen, gastrointestinalen, muskuloskelettalen und Blasen-/Darmfunktionen. Darüber hinaus werden Schmerzen, Medikamenteneinnahmen und mögliche soziale Probleme erfasst. Bei kognitiven Beeinträchtigungen oder Depressionen werden weitere krankheitsspezifische Tests durchgeführt. Raleigh und Allan (2017) und Bell et al. (2018) beschreiben, dass besonders im ländlichen Setting die Rural Nurse Specialist sich durch ihre erweiterten Assessment Skills auszeichnet. In einer Studie wird über die Hausbesuche von aqP zur Erfassung der häuslichen Situation und des sozialen Umfelds berichtet (Flückinger et al. 2019). Darüber hinaus beschreibt die Studie von Raleigh und Allan (2017), dass wenn Pflegefachpersonen und

Ärzt*innen die gleichen Assessmentinstrumente verwenden, sich dies positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt. Die Verwendung der gleichen "Assessment-Sprache" fördere die Gleichberechtigung und würde interdisziplinäre Spannungen minimieren. Kaasalainen et al. (2013) zeigen auf, dass Nurse Practitioners in der stationären Langzeitpflege die Palliativpflege aufgrund von umfangreich benötigten Assessment-Kompetenzen als herausfordernd erleben.

4.2.4.2 Diagnosestellung

Ein diagnostischer Prozess besteht aus dem Erkennen eines Zustandes, der Suche nach möglichen Ursachen, einer plausiblen Prognose und der Erstellung eines geeigneten Behandlungsplans. Auch wenn alle diagnostischen Prozesse einer einheitlichen Struktur folgen, unterscheiden sie sich in ihrer Zielsetzung. Eine medizinische Diagnose impliziert andere Ziele als beispielsweise eine Pflegediagnose. Das grundlegende Ziel einer medizinischen Diagnose besteht darin, eine organische oder funktionelle Veränderung festzustellen, um anschließend eine mögliche Behandlung vorzuschlagen. Eine Pflegediagnose zielt eher darauf ab, die Autonomie einer Person zu verbessern (Chiffi und Zanotti 2015). In den identifizierten Studien ist oft nicht ersichtlich, ob es sich bei der beschriebenen Diagnostik um eine Pflegediagnostik oder um eine medizinische Diagnostik handelt. Da der Pflegeprozess die Diagnostik beinhaltet, kann davon ausgegangen werden, dass sich der Begriff „Diagnostizieren“ in den Studien auf die Pflegediagnostik bezieht. In vereinzelt Studien wird jedoch explizit beschrieben, dass akademisierte Pflegekräfte auch medizinische Diagnosen im Sinne einer ärztlichen Substitution stellen.

Neun Studien erwähnen und beschreiben, dass die Diagnostik zu den Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen gehört (Aplin 2017; Bell et al. 2018; Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Kosevich et al. 2014; Lovink et al. 2019; Mohammed et al. 2020; Pearce und Breen 2018; Raleigh und Allan 2017).

Die Studien von Bobonich und Nolen (2018) und Blakely und Cope (2015) beschreiben beispielsweise, dass akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen diagnostische Tests anordnen, diese selbstständig durchführen, die Daten interpretieren und daraus eine Differentialdiagnose ableiten. Im Gegensatz dazu konzentriert sich die Studie von Lovink et al. (2019) auf die Substitution ärztlicher Diagnostik durch Nurse Practitioners, Registered Nurses und Physician Assistants in der stationären Langzeitpflege. Sowohl Physician Assistants als auch Nurse Practitioners und Registered Nurses führen eigenständig medizinische Untersuchungen durch, stellen Diagnosen und leiten die weitere medizinische Behandlung ein. Auch die Studien von Mohammed et al. (2020) und Pearce und Breen (2018) beschreiben,

dass akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen eigenständig Diagnosen stellen. Raleigh und Allan (2017) gehen in ihrer qualitativen Studie unter anderem der Frage nach, welche Kompetenzen Pflegefachpersonen für die Diagnosestellung benötigen. In den durchgeführten Interviews äußert ein praktizierender Hausarzt, dass Nurse Practitioners eine Vielzahl medizinischer Diagnosen stellen und in vielen Situationen wie Ärzt*innen eingesetzt werden (Raleigh und Allan 2017).

4.2.4.3 Verschreiben von Medikamenten

Die Verschreibung von Medikamenten gehört in vielen Ländern zu den Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen, beispielsweise in England, Australien, Kanada, Neuseeland, Schweden und den USA (Chater et al. 2019; Courtenay 2018). In Großbritannien waren im Jahr 2016 rund 37.000 akademisch qualifizierte Pflegekräfte im National Health Service (NHS) tätig, die formal zur eigenständigen Verschreibung von Arzneimitteln berechtigt waren (Courtenay 2018).

Von den eingeschlossenen Studien beschreiben und identifizieren 11 Studien, dass die Verschreibung von Medikamenten zu den Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegekräfte gehört (Baetselier et al. 2021; Chater et al. 2019; Collins 2019; Courtenay 2018; Kaasalainen et al. 2013; Kilpatrick et al. 2020; Latham und Nyatanga 2018; Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Neylon 2015; Pearce und Breen 2018).

Drei der elf Studien konzentrieren sich rein auf die Verschreibung von bestimmten Medikamenten durch Pflegende. Zwei der Studien (Chater et al. 2019; Latham und Nyatanga 2018) fokussieren auf psychosoziale Aspekte, die mit der Verordnung von Medikamenten einhergehen. Chater et al. (2019) beschreiben in diesem Zusammenhang Faktoren, die das Verschreibungsverhalten von *Community Nurse Practitioner Prescribers* beeinflussen. Dazu gehören das Wissen und die Erfahrung der Community Nurse Practitioners, adäquate medizinische Entscheidungen zu treffen, Beratungs- und Kommunikationsfähigkeiten, professionelles Selbstvertrauen sowie die Identität der Community Nurse Practitioners. Das Streben nach dem besten Patient*innen-Outcome kann ebenfalls einen Einfluss haben und eine ethische und moralische Verantwortung gegenüber den Patient*innen darstellen.

Demgegenüber beschäftigen sich Latham und Nyatanga (2018) mit Erfahrungsberichten von Palliative Care Nurse Specialists als unabhängige Medikamentenverschreibende. Die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen beschreiben, dass sie die Verschreibungskompetenz insbesondere in Krisensituationen, z.B. im Symptommanagement bei Palliativpatient*innen mit starken Schmerzen als sehr vorteilhaft empfinden, da sie nicht

auf die Verordnung der behandelnden Ärzt*innen angewiesen sind. Mögliche hemmende Faktoren für die Verordnung von Medikamenten sind Ängste der aqP, Verordnungen falsch auszufüllen, unzureichendes Wissen und der teilweise fehlende Zugang zu wichtigen Patient*innendaten. Trotz des bürokratischen Zeitaufwands beschreiben die Pflegekräfte, dass sich die eigenständige Verordnung von Medikamenten positiv auf das persönliche Zeitmanagement auswirkt.

Collins (2019) untersucht die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch aqP und vergleicht unter anderem das Verschreibungsverhalten und die Qualität bei der Verordnung von Medikamenten. 18 der 20 Medikamente, die durch eine akademisch qualifizierte Pflegekraft verordnet wurden, stimmen mit denen der Ärzt*innen überein. Im Vergleich dazu gehen Kilpatrick et al. (2020) der Frage nach, wie sich der Einsatz von Nurse Practitioners auf die Pflegequalität in Langzeiteinrichtungen auswirkt. Sie zeigen auf, dass die Anzahl der Medikamente durch regelmäßige Medikamentenkontrollen und eigenständige Entscheidungen in dem jeweiligen Fachgebiet, sowie durch regelmäßigen Kontakt mit den zuständigen Apotheken sinkt und ein Rückgang an Polypharmazie festzustellen ist. In der Studie von Baetselier et al. (2021) wurden Pflegekräfte in 14 europäischen Ländern befragt, welche Verantwortungsbereiche und Aufgaben der Rolle der aqP zugeschrieben werden können. Die Verabreichung von Medikamenten wurde als eine zentrale Aufgabe akademisch qualifizierter Pfleger angesehen. Sie wird durch weitere Aufgabenbereiche ergänzt. Dazu gehören die Beobachtung und das Monitoring der positiven und negativen Wirkungen von Medikamenten, die Überwachung und das Monitoring der Einhaltung von Therapieanweisungen, die Entscheidungsfindung bei der Anwendung von Medikamenten einschließlich der Verschreibung von Medikamenten sowie die Aufklärung und Information über spezifische Medikamente.

4.2.4.4 Fach-/krankheitsspezifische Aufgaben

Erweiterte Pflegepraxisrollen haben sich in den letzten Jahren im internationalen Kontext aufgrund ihres hohen Nutzens für die Pflegepraxis und das Outcome der Patient*innen von der Pädiatrie auf verschiedene Fachbereiche ausgeweitet (Gray et al. 2000). Dazu gehören beispielsweise die Onkologie, die Dermatologie, die Urologie, die Gerontologie und der Palliativbereich. Die Aufgaben der akademisch qualifizierten Pflege in den verschiedenen Bereichen werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

Drei Studien beschreiben, dass fach-/krankheitsspezifische Tätigkeiten zu den Aufgabenbereichen von aqP gehören. Alle drei Studien befassen sich mit der Palliativpflege durch aqP (Kaasalainen et al. 2013; Leadbeater 2013; Mohammed et al. 2020). Dabei

beschreiben Mohammed et al. (2020), dass Pflegekräfte in der frühen Palliativversorgung die Patienten*innen bei der Bewältigung der Erkrankung und des Alltags sowie beim Erreichen persönlicher Ziele unterstützen. Sie sehen ihre Aufgabe darin, die Kommunikation zwischen Patient*innen und Ärzt*innen zu unterstützen. Die Vermittlungsarbeit beinhaltet die Einschätzung, ob die Klient*innen die Bereitschaft für eine Palliativversorgung und die Kompetenz für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mitbringen. Akademisch qualifizierte Pflegende arbeiten in einem interprofessionellen Team und leiten ein umfassendes Assessment. Daraus resultierende Empfehlungen leiten sie an einen Onkologen oder eine Onkologin bzw. Palliativmediziner*innen weiter. Als dauerhafte Aufgabe der aqP wird die Beseitigung der Stigmatisierung der Palliativpflege gesehen. Leadbeater (2013) beschreibt in ihrer Studie darüber hinaus, dass die emotionale Unterstützung die zentrale Tätigkeit von Palliativpflegekräften ist, wenn sie Patienten*innen mit metastasiertem Brustkrebs betreuen. Kaasalainen et al. (2013) untersuchen in ihrer Studie die Rolle von Pflegekräften in der Palliativversorgung in der stationären Langzeitpflege. AqP beschreiben darin den Umgang mit komplexen Komorbiditäten, ein effektives Schmerzmanagement, die Unterstützung der Familien und die Feststellung des Todes als zentrale Aufgaben.

4.2.4.5 Gesundheitsförderung und Prävention

AqP übernehmen auch zahlreiche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. So wurde in den untersuchten Studien eine Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten und Konzepte genannt. Dazu zählen: Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention, Risikoeinschätzung und -minimierung, Gesundheit in der Gemeinde/Region, Familiengesundheit, Gesundheitsinformation, Aufklärung, Patient*innenschulung, Vernetzung, kulturelle und sozioökonomische Aspekte, Screening, Selbstmanagement, Empowerment, Anleitung, Einschätzung der Gesundheitskompetenz, gemeinsame Entscheidungsfindung und Motivation.

Aufgaben, Rollen und Kompetenzen von akademisch qualifizierten Pflegekräften im Bereich der Gesundheitsförderung und/oder Prävention beschreiben 14 der untersuchten Studien (Abe et al. 2014; Aldridge 2014; Bell et al. 2018; Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Carrier und Newbury 2016; Kaasalainen et al. 2013; Luther et al. 2019; Nissanholtz-Gannot et al. 2017; Rutz 2020; Studer und Miracco 2018; Wahlberg und Bjorkman 2018; Widyarani et al. 2020).

AqP, die als CHN oder Rural Nurse Specialist (RNS) tätig sind, arbeiten in breiten Netzwerken, um Gesundheitsinformationen in verschiedenen Settings in der Region oder Gemeinde zu vermitteln (Abe et al. 2014; Bell et al. 2018; Widyarani et al. 2020). Abe et al. (2014)

beschreiben beispielsweise die Aufklärung über Infektionskrankheiten wie HIV als niedrigschwellige Arbeit, die vulnerable Gruppen erreicht und kulturelle Aspekte einbezieht. Die Beratung von Menschen in Bezug auf viele verschiedene Alters- und Zielgruppen, die unterschiedlichen Konstellationen von Gruppen- oder Einzelberatungen und der Einsatz verschiedener Medien wie z.B. Telekommunikation erfordern von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen ein hohes Maß an kommunikativen und methodischen Kompetenzen sowie die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen (Abe et al. 2014; Aldridge 2014; Bell et al. 2018; Carrier und Newbury 2016; Wahlberg und Bjorkman 2018). CHN verwenden auch verschiedene theoretische Kommunikationsmodelle (Widyarani et al. 2020). In der häuslichen Pflege werden Patient*innen aus ganzheitlicher Sicht bezüglich ihrer Selbstpflege beraten (Empowerment) und Familienmitglieder und Personen im sozialen Umfeld in Beratungseinheiten eingebunden (Carrier und Newbury 2016; Jenkins et al. 2021). Darüber hinaus werden Hausbesuche durchgeführt, um präventiv festzustellen, inwieweit Risiken für Pflegebedürftigkeit bestehen, wie diese vermieden werden können und welche Leistungen benötigt werden (Rappold et al. 2021).

Fünf der Studien beschreiben Aufgaben von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der Versorgung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen (Aldridge 2014; Blakely und Cope 2015; Carrier und Newbury 2016; Luther et al. 2019; Nissanholtz-Gannot et al. 2017; Petry et al. 2014). Blakely und Cope (2015) und Luther et al. (2019) gehen näher auf die Vermittlung der eigenständigen Symptomkontrolle bei chronischen Erkrankungen ein. Sie weisen darauf hin, dass dies von großer Bedeutung ist, um häufige Wiederaufnahmen und Krankenhausaufenthalte bei Menschen mit chronischen Erkrankungen zu vermeiden. Ebenso ist die Förderung der Selbstwirksamkeit im Sinne eines erfolgreichen Selbstmanagements Aufgabe der aqP, wobei eine ganzheitliche Sichtweise der chronisch Kranken und ihres Umfeldes nicht außer Acht gelassen wird. In komplexeren Fällen übernehmen Community Health Nurses das Case Management (Carrier und Newbury 2016). Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen nutzen verschiedene standardisierte und nicht-standardisierte Methoden, um chronisch kranke Menschen mit möglichen Komorbiditäten über gesundheitsförderliche Lebensstile zu informieren und zu schulen (Aldridge 2014; Nissanholtz-Gannot et al. 2017). Aldridge (2014) weist zudem darauf hin, dass die akademisch qualifizierte Pflegekraft als Vorbild für die Umsetzung eines gesunden Lebensstils fungieren sollte. In Bezug auf chronische psychische Erkrankungen führen aqP Psychoedukation durch und bieten Coachings und Schulungen im interprofessionellen Team an (Rutz 2020; Studer und Miracco 2018).

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die eine krankheitsspezifische Weiterbildung absolviert haben, übernehmen weitere Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Crowe 2014; Salmi et al. 2018). Sie übernehmen präventive Aufgaben wie Screening und Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit vielen verschiedenen Variablen wie kulturellen Aspekten, Alter, vorhandenem Wissen der Patient*innen usw., wozu die Kompetenz zur Risikobeurteilung notwendig ist (Bobonich und Nolen 2018). Darüber hinaus klären akademisch Pflegende über Selbstpflege und Symptommanagement auf, um weitere Komplikationen zu vermeiden (Blakely und Cope 2015; Crowe 2014; Salmi et al. 2018). Mit Blick auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen schätzen aqP mögliche krankheitsspezifische Einschränkungen ein und informieren und beraten zum Umgang mit den jeweiligen Beeinträchtigungen (Bobonich und Nolen 2018).

4.2.4.6 Family Support

Mattila et al. (2009) beschreiben in einem Review, dass sich eine Erkrankung eines Familienmitglieds zwangsläufig auf andere Familienmitglieder auswirkt. Drei der Studien beinhalten, dass bei der Begleitung von Patient*innen ebenso die Familie unterstützt und einbezogen wird (Gamble und Dening 2017; Kaasalainen et al. 2013; Lovink et al. 2019). Kaasalainen et al. (2013) berichten aus dem Bereich der Palliativversorgung und führen aus, dass gemeinsam mit Patient*innen und deren Familien Entscheidungen getroffen werden, die als Grundlage für den Pflegeplan genutzt werden, und dass dieser für alle Beteiligten transparent dargestellt wird. Außerdem sei die Rolle der aqP im Bereich der Palliativversorgung die Schlüsselrolle für jegliche Interaktionen.

Auch im Bereich von demenziellen Erkrankungen wird die Unterstützung der Familien näher beschrieben. Zunächst wird von der aqP ein umfangreiches Assessment vorgenommen, um die Wünsche und Bedarfe der Patient*innen und deren Familien zu erheben. Das Hauptziel ist im weiteren Verlauf die Unterstützung der Familien bei Entscheidungen, die gemeinsam für und mit Patient*innen getroffen werden (Gamble und Dening 2017).

Gamble und Dening (2017) führen zudem aus, dass sich die Pflegefachpersonen während des Prozesses regelmäßig reflektieren sollten. Diese beinhalten auch die Beobachtung der Angehörigen auf Anzeichen von vorgezogener Trauer. Außerdem wird reflektiert, ob weitere Spezialist*innen mit einbezogen werden müssten. Dies sei wichtig, um den Familienmitgliedern und Patient*innen vollumfänglich gerecht zu werden und um Verantwortung an Spezialist*innen abgeben zu können (Gamble und Dening 2017). Im Bereich der stationären Altenpflege wurde erhoben, dass Registered Nurses eine engere

Beziehung zu Bewohner*innen und deren Familie haben, als Geriater*innen (Lovink et al. 2019).

4.2.4.7 Leadership

Der Begriff Leadership umfasst im Vergleich zu oben Genanntem eher eine Rolle als eine Aufgabe. Die Rolle der Führung ist in der Pflege mit vielschichtigen und anspruchsvollen Aufgaben verbunden. Führung beinhaltet im Pflegesetting "Anleitung und Unterstützung, Motivation, Koordination, Zusammenarbeit, effektive Kommunikation und das Eintreten für die Patienten, um optimale Ergebnisse für die Patienten zu erzielen" (Alvinus 2017). Zudem wird von Führungspersonen gezeigt, wie Mitarbeiter*innen ihre Aufgaben und Tätigkeiten korrekt ausführen. Darüber hinaus müssten führende Pflegefachpersonen in der Lage sein interdisziplinäre Teams zu führen (Alvinus 2017).

Unter den untersuchten Studien beschreiben drei Studien die Rolle der Führung und deren Tätigkeiten im Bereich der Pflege sowie, auf welche Art und Weise aqP die Führungsaufgaben durchführen (O'Connor et al. 2018; Phelan und McCormack 2016; Widyarani et al. 2020). Beispielsweise arbeiten akademisch Qualifizierte als Pflegedienstleitung und managen das Personal und versuchen, dieses durch das Abdecken von Überstunden zu entlasten (Phelan und McCormack 2016). Zudem fungieren sie als Bindeglied zwischen der Einrichtung und den Angehörigen, sowie den verschiedenen Stakeholdern und nehmen einen ganzheitlichen Blick ein (Phelan und McCormack 2016). Auf Ebene der Mitarbeiter*innen demonstrieren und übernehmen aqP medizinische Interventionen und diskutieren ethische Standards (Phelan und McCormack 2016; Widyarani et al. 2020). Außerdem wurde die Tätigkeit der Einführung von innovativen Konzepten genannt, hierzu zählt beispielsweise die Unterstützung zweier Einrichtungen zur Verbesserung der Pflegeüberleitung. Diese sorgt für einen guten Beziehungsaufbau zwischen den Einrichtungen und schafft durch ihr Vorwissen und persönliche Beziehungen Vertrauen und Glaubwürdigkeit (O'Connor et al. 2018; Widyarani et al. 2020). Widyarani et al. (2020) beschreiben zudem anhand der Angaben von Expert*innen die wichtigsten Kompetenzen der führenden Pflegefachpersonen, wie zum Beispiel das Verinnerlichen von systemischen Denkmustern und das Engagement für lebenslanges Lernen. Zudem sei die berufliche Weiterentwicklung und Interessensvertretung eine weitere Tätigkeit der Führung.

4.2.4.8 Prozessmanagement

In diesem Abschnitt geht es ausschließlich um das Management von Prozessen und um einzelne Managementaufgaben von aqP. Im internationalen Kontext wird Management als Synonym für Bearbeiten, Durchführen und Organisieren verwendet. Es werden sowohl

Managementprozesse als auch einzelne Managementaufgaben dargestellt. Darüber hinaus werden Case und Care Management näher beschrieben.

Insgesamt beinhalten 19 der recherchierten Studien Tätigkeiten im Bereich des Managements einer akademisch qualifizierten Pflegeperson (Begum und Riordan 2016; Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Carrier und Newbury 2016; Coady et al. 2019; Crowe 2014; Flückinger et al. 2019; Gamble und Dening 2017; Kosevich et al. 2014; Leadbeater 2013; Lee und Fitzgerald 2013; Lovink et al. 2019; Luther et al. 2019; Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Neylon 2015; Pearce und Breen 2018; Reville und Foxwell 2017; Widyarani et al. 2020). Besonders chronisch Erkrankte benötigen zur Vermeidung häufiger Wiedereinweisungen ins Krankenhaus ein umfassendes Management. Sechs der Studien beschreiben, dass akademisch qualifizierte Pflegekräfte als Case Manager*innen fungieren, um so eine langfristige Pflegekontinuität zu gewährleisten. Gleichzeitig werden Informationen zum Selbstmanagement verschiedener Symptome vermittelt (Carrier und Newbury 2016; Kosevich et al. 2014; Lee und Fitzgerald 2013; Luther et al. 2019). Weitere Studien berichten von standardisierten Disease Management Programmen, die von akademisch ausgebildeten Pflegekräfte begleitet werden (Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Neylon 2015). Um Verfahren zu verändern und zu verbessern und um das Patient*innen-Outcome von chronisch Erkrankten individuell zu verbessern, wird von Advanced Nurse Practitioners das sogenannte Change-Management angewandt (Mc Conkey und Hahessy 2018).

Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen wenden ein krankheitsspezifisches Management und Risikomanagement an (Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Coady et al. 2019; Crowe 2014; Lovink et al. 2019). Beispielsweise gibt es speziell für Morbus Parkinson ausgebildete Movement Disorder Nurses, die bei der Überleitung von der Klinik in die häusliche Pflege organisatorische Aufgaben wie Wohnraumanpassungen oder die Vermittlung an spezifische Gesundheitsdienste übernehmen (Coady et al. 2019). Ein weiteres Beispiel ist die spezialisierte Pflege der Advanced Urology Nurse. In diesem Bereich werden Komplikations-, Krebs-, Behandlungsmanagement oder Management der erektilen Dysfunktion angewandt (Crowe 2014).

Im ambulanten Bereich liegt der Schwerpunkt des Managements eher auf der Vermittlung von Gesundheitsdienstleistungen und dem Monitoring der Leistungen. In komplexen Fällen wird ein Case Management durch akademisch qualifizierte Community Health Nurses durchgeführt (Begum und Riordan 2016; Pearce und Breen 2018; Widyarani et al. 2020). In Akutsituationen chronisch Kranker wird ein akutes Krisenmanagement im häuslichen Umfeld durchgeführt, um eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus zu vermeiden (Begum und Riordan 2016). In der

Palliativversorgung steht das Symptommanagement im Vordergrund (Leadbeater 2013; Reville und Foxwell 2017).

Pearce und Breen (2018) weisen darauf hin, dass Pflegende im Management vielfältige Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation und zwischenmenschliche Erfahrungen sowie organisatorische Fähigkeiten benötigen.

4.2.4.9 Feststellen des Todes

In den meisten Fällen obliegt es Mediziner*innen, den Tod festzustellen. Jedoch kommt es an Wochenenden und Feiertagen häufig zu personellen Engpässen, wodurch es zu längeren Wartezeiten kommen kann, bis ein*e Ärzt*in in einer Pflegeeinrichtung den Tod eines Bewohners oder einer Bewohnerin feststellt (Jackson et al. 2019). Vor diesem Hintergrund beschreiben zwei Studien, welcher Nutzen sich daraus ergibt, wenn Advanced Practice Nurses den Tod von Klient*innen feststellen (Jackson et al. 2019; Kaasalainen et al. 2013).

Jackson et al. (2019) beschreiben, dass 24% der Todesfälle in den Vereinigten Staaten von Amerika in einem Pflegeheim auftreten. Vor allem Angehörige sind mit der emotionalen Belastung am Sterbebett überfordert. Es können Stunden vergehen, bis Ärzt*innen die Zeit finden, in die Pflegeeinrichtung zu kommen und den Tod von Verstorbenen festzustellen. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass es bis zur Feststellung des Todes durch Advanced Practice Nurses nur 7 Minuten dauerte, während es bei Ärzt*innen 125 Minuten waren. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass die Ergebnisse ein starker Indikator dafür sind, dass das Feststellen des Todes durch Pflegende stärker in die Ausbildung und das Training integriert werden sollte. Auch in der Studie von Kaasalainen et al. (2013) wird beschrieben, dass die Feststellung des Todes durch das Pflegepersonal eine enorme Entlastung für die Angehörigen darstellt, da sie nicht lange auf den Totenschein warten müssen und so schnell mit dem Bestattungsunternehmen Kontakt aufnehmen können.

4.2.4.10 Monitoring

Nach Wheatley (2006) ist das „Monitoring“ ein wesentlicher Bestandteil des Assessmentprozesses von Pflegenden, bei dem Vitalparameter wie Herz- und Atemfrequenz, Temperatur und Blutdruck zur Unterstützung der Patientenbeurteilung herangezogen werden (Ahrens 2008). Fünf Studien beschreiben verschiedene Arten des Monitorings durch aqP (Baetselier et al. 2021; Begum und Riordan 2016; Kilpatrick et al. 2020; Kosevich et al. 2014; Taniguchi et al. 2021).

Demgegenüber befassen sich Taniguchi et al. (2021) mit dem Self-Monitoring bei Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz im ambulanten Setting. Die Studie identifizierte fünf verschiedene Formen der Unterstützung mit dem Ziel, das Self-Monitoring bei Patientinnen mit chronischer Herzinsuffizienz zu verbessern. Dazu gehörten die Ermutigung zur Selbstreflexion, um die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein für den eigenen Gesundheitszustand zu erhöhen, sowie die Entwicklung von Körperwahrnehmung, um ein besseres Verständnis für die körperlichen Empfindungen der Patient*innen zu entwickeln. Ein weiterer Aspekt der Unterstützung durch die Pflegefachpersonen war die Aufgabenteilung, bei der den Patient*innen entsprechend ihrer Fähigkeiten und Bedürfnisse verschiedene Aufgaben zugeordnet wurden, um die Selbstkontrolle zu fördern. Zudem wurde den Patient*innen Unterstützung bei der Selbstkontrolle angeboten, um eventuelle Unsicherheiten oder Fragen zu klären. Darüber hinaus wurde die Integration der Selbstkontrolle in den Lebensstil der betroffenen Patient*innen thematisiert, die nicht als zusätzliche Belastung gesehen werden sollte, sondern als Möglichkeit, den eigenen Lebensstil langfristig zu verbessern und damit die Gesundheit zu fördern.

4.2.5 Rahmenbedingungen

Da sich die Gesundheitssysteme stark unterscheiden, wurde darauf verzichtet, die Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Aufgaben und Tätigkeiten von aqP in den einzelnen Ländern genauer zu recherchieren. Dennoch erschien die österreichische Studie von Breuer (2015) über Academic-Practice-Partnerships (APP) auch für Deutschland sehr relevant. Diese Partnerschaften sind zwischen akademischen Einrichtungen und Praxiseinrichtungen angesiedelt. Sie dienen der Vernetzung von Forschung, Lehre und Praxis. Die Vorteile zeigen sich insbesondere in der Optimierung der Ressourcen von Wissenschaft und Praxis, in der hohen Qualität der Versorgung und Ausbildung der Studierenden, aber auch in der erhöhten Sichtbarkeit und Wertschätzung des pflegerischen Beitrags im Rahmen der Patientenversorgung.

5 Ist-/Soll-Kriterien

Im Folgenden werden die auf Basis der Reviews erarbeiteten Erkenntnisse um einschlägige sozial- und berufsrechtliche Regulierungen ergänzt und jeweils dem entsprechenden Ist- bzw. Soll- Zustand zugeordnet. Des Weiteren sind diese Kriterien einzelnen weiterführenden Aspekten zugeordnet, um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

5.1 Rollen²

Tabelle 5: Ist-/Soll-Kriterien Rollen

Hintergrund: - Im Pflegeberufegesetz ist die Rolle der aqP nur ansatzweise verankert	
IST	SOLL
- Fehlende Rollenprofile in Einrichtungen bzw. in der Langzeitpflege, obwohl dies explizit im PflBG in § 37 Abs. 2 genannt wird; Unsicherheit auf Seiten der Einrichtungen bezüglich der (rechtlichen) Rahmenbedingungen	- Rollenprofile sind klarer definiert - Organigramm ist in Einrichtungen vorhanden; - Klarheit bezüglich der (rechtl.) Rahmenbedingungen. - Unterschiede/Abgrenzung bestimmen zw. aqP und nicht -aqP und anderen Berufsgruppen
Ullmann et al. 2011; Wegner 2019; PflBG § 37 Abs. 2	

5.2 Kompetenzen³

Tabelle 6: Ist-/Soll-Kriterien Kompetenzen

Hintergrund: - Jeder Arbeitgebende hat eigene Vorstellungen zu den Kompetenzen der aqP - Kompetenzeinstufungsmodelle werden von Einrichtungen implementiert	
IST	SOLL
- Es gibt keine einheitlich gültige Zuordnung der verschiedenen Studienabschlüsse zu den Kompetenzniveaus (Deutscher Qualitätsrahmen, DQR)	- Verbindliche nationale Einstufung der Qualifikationen anhand der Kompetenzniveaus
La Cruz et al. 2017; Stephanow 2020; DQR	

5.3 Tätigkeiten⁴

Tabelle 7: Ist-/Soll-Kriterien Tätigkeiten

Hintergrund: - Pflegefachpersonen dürfen bestimmte Tätigkeiten nicht selbständig ausführen, benötigen Unterschrift von Ärzt*innen - Unzureichende Steuerung des Pflegeprozesses, geringere Kontinuität und Qualität der Pflege

² Inhalte zur Position der aqP in Organisationseinheiten in Abgrenzung zu anderen Pflegekräften/Berufsgruppen.

³ Inhalte zu Fähigkeiten, Kenntnissen und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten, die durch ein Studium erworben wurden.

⁴ Tätigkeiten sind spezifische, zielgerichtete sowie ergebnisorientierte Verhaltensweisen und / oder Maßnahmen, um eine Aufgabe zu erfüllen (Bulecheck et al., 2016; Burgi & Igl, 2021b). Sie finden auf konkreter Handlungsebene statt. Um eine Aufgabe zu erfüllen, können eine Reihe von Tätigkeiten erforderlich sein (Bulecheck et al., 2016) (siehe S. 27f.).

IST	SOLL
<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigung von aqP innerhalb gesetzlicher Regelungen und der Pflegereformvorschläge 2021 fehlt bislang - Pflegeprozesssteuerung wird mit unterschiedlicher Qualität durchgeführt - Haftungsrecht, außerhalb von Modellprojekten nach Sozialgesetzbuch (SGB V § 64d) nicht ausreichend geklärt 	<ul style="list-style-type: none"> - Transparente Darstellung der erweiterten Tätigkeiten von Pflegenden, speziell von aqP, für alle Berufsgruppen und Beteiligte - Komplexe Pflegeprozesssteuerung durch aqP - Haftungsrechtliche Lage ist geklärt, gesetzliche Regelung der heilkundlichen Tätigkeiten ist erfolgt - Standardisierte Module, die durch Fachkommission nach § 14 Abs. 4 PflBG (Stand, 2021) erarbeitet wurden, werden praktisch umgesetzt

Burgi und Igl 2021b; Büscher et al. 2019

5.4 Aufgaben(-bereiche)⁵

Tabelle 8: Ist-/Soll-Kriterien Aufgaben(-bereiche)

Hintergrund:	
<ul style="list-style-type: none"> - Unklarheiten in der Aufgabenteilung mit anderen Berufsgruppen und den nicht akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen - AqP übernehmen keine erweiterten Aufgaben 	
IST	SOLL
<ul style="list-style-type: none"> - Widerstand verschiedener Akteure bzgl. Aufgabenteilung 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgabenbereiche der aqP sind anhand der Kompetenzniveaus und in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen klar definiert - Klare Aufgabenteilung erfolgt für selbstständige Anwendungen

Burgi und Igl 2021b; Robert-Bosch-Stiftung 2018; Wegner 2019; Weidner und Schubert; SGB V § 63 Abs. 3c & SGB V § 64d

5.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit⁶

Tabelle 9: Ist-/Soll-Kriterien Interprofessionelle Zusammenarbeit

Hintergrund:	
<ul style="list-style-type: none"> - Pflegekräfte übernehmen von Ärzt*innen delegierte Tätigkeiten - häufig Assistenzaufgaben - interprofessionelle Zusammenarbeit nicht auf Augenhöhe 	
IST	SOLL
<ul style="list-style-type: none"> - Vorherrschende traditionelle Rollenbilder der Medizin und Pflege sind noch vorhanden - Trotz eigener Profession wird die Pflege der Medizin in vielen Belangen untergeordnet 	<ul style="list-style-type: none"> - AqP steuern und koordinieren Prozesse im interdisziplinären Team, führen interdisziplinäre Fortbildungen durch, leiten interdisziplinäre Fallbesprechungen (Case Management) - AqP kommunizieren qualifiziert und interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen, sie arbeiten effektiv zusammen, sie entwickeln individuelle und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit und setzen diese teamorientiert um (PflBG)

⁵ Eine Aufgabe entspricht einer dauerhaft angelegten Verpflichtung, welche insofern dient, als dass sie den Kontext entsprechender Tätigkeiten verständlich macht (Burgi & Igl 2021b). Sie dienen der Strukturierung und der Herstellung einer Ordnung von Tätigkeiten in Gruppen, in dem sie auf Grundlage ihrer Beziehung zugeteilt werden. (Bulecheck et al. 2016).

⁶ Inhalte, die sich auf die Zusammenarbeit der aqP mit anderen Berufsgruppen beziehen.

5.6 Hochschulische Qualifikation⁷

Tabelle 10: Ist-/Soll-Kriterien Hochschulische Qualifikation

Hintergrund:	
- Viele Studienmöglichkeiten ohne Festlegung bestimmter Rahmenbedingungen wie z.B. Vergütung, praktische Ausbildung	
IST	SOLL
<ul style="list-style-type: none"> - Die Finanzierung von primärqualifizierenden Studiengängen an Hochschulen ist gesetzlich nicht geregelt - Die Finanzierung der angestellten aqP ist nicht umfassend geklärt (Berufszulassung im PflBG § 2) - Finanzierung über Ausbildungsfonds - Jedes Bundesland kann über Inhalte der Studiengänge entscheiden - Praktische Anleitung der primärqualifizierenden Studiengänge unterscheidet sich nicht von der schulischen Ausbildung 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Finanzierung von primärqualifizierenden Studiengängen ist gesetzlich geregelt - Studierende werden in Bereichen eingesetzt, in denen die Kompetenzen, die in PflBG § 37 Abs. 2 und 3 genannt sind, angewandt werden können - Praxisanleitende für Studierende haben einen hochschulischen Abschluss in der Pflege - Modellprojekte sind etabliert, die Einsatzmöglichkeiten für Studierende anbieten (Quartierspflege/Selbstständigkeit) - Die zuständigen Bundes- und Landesbehörden legen Entlohnung und Konzepte fest
Bensch 2020; Dielmann 2019; Robert-Bosch-Stiftung 2018; PflBG § 37 Abs. 2 und 3	

5.7 Personalgewinnung von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften⁸

Tabelle 11: Ist-/Soll-Kriterien Personalgewinnung von aqP

Hintergrund:	
<ul style="list-style-type: none"> - Akademisch qualifizierte Pflegekräfte sind in andere Bereiche abgewandert - Ausgebildetes Personal wird nicht genutzt und fördert damit die Verschärfung des Pflegenotstands 	
IST	SOLL
<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Anreizsysteme zur Gewinnung und Erhaltung von aqP im pflegerischen Versorgungsbereich - Fehlende Studienförderprogramme⁹ - Fehlendes Wissen der Organisationen über Kompetenzen der aqP, der Bedarf von aqP in der Langzeitpflege wird nicht erkannt - Fehlender Wettbewerb unter Arbeitgebern in der Pflegelandschaft - Fehlende Personalbedarfsplanung, wenig Kontakte zu Hochschulen zur Gewinnung von aqP 	<ul style="list-style-type: none"> - Verpflichtende Anstellung von aqP - Gezielte Stellenausschreibung und -beschreibung je nach Setting - Karriereförderung erfolgt über die Berufsentwicklung hinweg von der examinierten Pflegekraft zur akademisierten Pflegekraft - Inter- und intraprofessionelle Organisationsstrukturen sind transparent - Attraktive Arbeitsbedingungen sind gegeben, z.B. Handlungsautonomie - Trainee-Programme
Bensch 2020; Brandenburg et al. 2021; Claaßen et al. 2021; Dangendorf et al. 2017; Gisch und Lange 2017	

⁷ Inhalte, die sich auf die akademische Ausbildung an Universitäten und Hochschulen beziehen.

⁸ Inhalte von Strategien der Einrichtungen / Kommunen, des Bundes und der Länder, aqP zu beschäftigen.

⁹ Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) soll voraussichtlich Anfang 2024 umgesetzt werden.

6 Empirische Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativ erhobenen Daten dargestellt. Die Haupt-, Sub- und Sub(sub)kategorien aus dem Kodierprozess wurden in eine Struktur überführt, die eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse ermöglicht. Beginnend mit den Aufgaben und den bereits zugeordneten Tätigkeiten folgen die Rahmenbedingungen.

6.1 Aufgaben und Tätigkeiten

Auf der einen Seite umfasst die Kategorie „Aufgabenbereiche“ verschiedene Gebiete, die akademisch qualifizierte Pflegekräfte in der aktuellen Pflegepraxis schon bearbeiten. Zum anderen werden aber auch Bereiche aufgezeigt, in denen akademisch qualifizierte Pflegekräfte aufgrund ihrer Qualifikation zukünftig eingesetzt werden könnten.

6.1.1 (Aus-)Bildung

Die Aufgabe der (Aus-)Bildung setzt sich auf der Handlungsebene zusammen aus den Tätigkeiten: Interne Schulung, Praxisanleitung, Begleitung Studierender, Ausbildungs-/Praxiskoordination und Schulung der Praxisanleitung.

6.1.1.1 Interne Schulungen

Innerhalb dieser Kategorie berichtet eine interviewte Person, dass um „(...) *fachlich gut pflegen zu können*“ (EP 7, Position 17) Kollegen*innen unterstützt werden sollten, „(...) *die das nicht gelernt haben in ihrer Praxis*“ (EP 7, Position 17). In diesem Zusammenhang seien akademisch qualifizierte Pflegekräfte für Schulungen zuständig, wie beispielsweise für die Einführung von Expertenstandards. „(...) *dieser Experte schult Mitarbeiter und nämlich die Mitarbeiter sind dafür verantwortlich, dass eine gute Pflegequalität dann auch da ist*“ (FK 1, Position 33). Zudem bestehe die Möglichkeit, dass sich die Mitarbeiter*innen bei der Pflegekraft melden, wenn „(...) *sie einen speziellen Schulungsbedarf haben, der nicht die ganze Einrichtung betrifft, sondern einfach individuell für den Mitarbeiter notwendig wäre*“ (EP 8, Position 38). Eine Interviewteilnehmerin empfiehlt die Erstellung eines „(...) *Fortbildungsplan[s]*“ (FK 1, Position 50) im gemeinsamen Austausch der aqP mit Mitarbeiter*innen. Der Onboarding-Prozess obliege der akademisch qualifizierten Pflegekraft, die die neuen Mitarbeiter*innen die ersten fünf Tage auf Station begleite (EP 8, Position 28). Ebenso könne die aqP das Onboarding von ausländischen Mitarbeitenden übernehmen und gestalten. Des Weiteren könne die aqP Unterstützung im Hinblick auf die „(...) *Anerkennungsprüfungen*“ für ausländische Kolleg*innen bieten. (FK 1, Position 61). Eine interviewte Person spricht darüber, wie wichtig der Einsatz von Pflegeexpert*innen und kollegialer Fortbildung sei im Zusammenhang mit den zukünftigen Versorgungsstrukturen sowie dem Thema Grade-Mix/

Skills-Mix. Diese wären dann *„(...) Experten [...], die dann eben auch Laienkräfte hinführen können, dass Pflegetätigkeiten übernommen werden, weil ausgebildete, einjährig, zweijährig, angeleitet, es wird eine Mischung geben zukünftig“* (FK 1, Position 12).

6.1.1.2 Praxisanleitung

Dazu berichtet eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass sie in ihrer Einrichtung in der direkten Versorgung vor allem im Rahmen der Praxisanleitung tätig sei. *„(...) durch das Studium kann man eben auch als Praxisanleitung fungieren und da ist es eben bei Anleitungsprozessen so, dass ich natürlich trotzdem Behandlungspflege durchführe, aber dann quasi nur, um dem Schüler zu erläutern, wie die Durchführung korrekt gemacht werden sollte“* (EP 8, Position 24). *„(...) eine akademisierte pädagogische Begleitung, spielt einfach auch zunehmend eine große Rolle“* (FK 1, Position 3) gibt eine Fokusgruppenteilnehmende an.

6.1.1.3 Begleitung Studierender

Innerhalb dieser Kategorie berichten mehrere Fokusgruppenteilnehmende über die Relevanz strukturierter Begleitungen, sowie darüber, Angebote für Studierende zu machen, zum Beispiel in Form von Kooperationen und Praktika. Es ginge darum, den Studierenden den Zugang zu Einrichtungen zu ermöglichen, um dort *„(...) Praxisaufgaben durchzuführen“* (FK 3, Position 9). Ein Fokusgruppenteilnehmer beschreibt die für ihn wichtige Betreuung der Studierenden über das gesamte Studium hinweg. Dies müsse insbesondere von den Einrichtungen angestrebt werden. *„(...), dass wir Studierende, die jetzt auch starten, die 3,5 Jahre direkt begleiten. Auch mit ihnen gemeinsam während des Studiums Projekte vereinbaren. Und sie dann auch wieder von jemandem direkt begleitet werden, der dafür verantwortlich ist, dass sie auch immer wieder diesen Praxistransfer haben und umgekehrt auch immer wieder Führungserfahrung machen, weil ich [...], muss ich auch Führung lernen“* (FK3, Position 10). Es müsse die Chance für die Studierenden geben, sich *„(...) nachdem sie ihr Examen haben zu lernen und das sich systematisch auch, ja, zu erobern“* (FK 3, Position 189). Dies müsse *„(...) wirklich ganz oben angesiedelt“* sein und *„(...) Hand in Hand begleitet werden“* (FK 3, Position 26).

Ein Einrichtungsleiter beschreibt in der Förderung der praktischen Ausbildung von Studierenden den Profit, den er für die Einrichtungen sieht *„(...) welche Projekte machen wir miteinander. Die Studierenden sollen sich bereits im Rahmen ihres Studiums in die (Weiter-)Entwicklung der Einrichtungen einbringen [...] Das ist ja Humankapital“* (FK 3, Position 191). Für studierende Pflegekräfte könne eine aqP bei der *„(...) Betreuung von Projektarbeiten oder Seminararbeiten, Bachelorarbeiten“* unterstützen und Karriereoptionen aufzeigen *„(...) und*

dann natürlich auch die Frage, was mache ich nach dem Studium oder welche Aussichten bestehen?“ (EP 8, Position 60).

Eine Studierende berichtet in dieser Kategorie: *„(...) das Studium ist ja immer sehr theoretisch. Und ich finde gut, dass man dann [in der Praxis] auch Sachen umsetzen kann“* (FK 3, Position 63). Für sie sei es sehr wichtig, den Praxisbezug innerhalb des Studiums zu erfahren. Ein Einrichtungsleiter benennt ebenfalls den Bedarf für einen Studierenden für seine Einrichtung: *„(...) wir haben auch einen Pflegewissenschaftler [...], der ganz bewusst gesagt hat, er will diesen Praxisbezug behalten. Damit er auch weiß, wofür er denn seine Fortschritte denn macht“* (FK 3, Position 26). Ein positiver Effekt aus diesen Einsätzen beschreibt ein weiterer Fokusgruppenteilnehmer im Austausch und der Arbeit mit Studierenden: *„(...) ich fand das immer toll, dass ich durch die Studenten mehr und mehr gelernt habe, einfach mal etwas zu hinterfragen und auch etwas zu klären“* (FK 2, Position 6). Von einer Einrichtungsleitung hingegen wird es als Herausforderung beschrieben, Studierende oder Absolventen in der direkten Pflege einzusetzen, denn *„(...) wie bekommen wir den Kontext zwischen Theorie sprich Pflegewissenschaft und Praxis auf die Reihe?“* (FK 3, Position 23). Diese Schere zwischen *„(...) wissenschaftlich gebildeten Pflegeleute auf der einen Seite und die Praxiswirklichkeit auf der anderen Seite“* formuliert eine Teilnehmerin als eine Herausforderung, mit dem Ziel *„(...) dass, was sie tatsächlich auch können, Traktion in der Wirklichkeit wird. Das ist ein Thema“* (FK 3, Position 23).

6.1.1.4 Ausbildungs- und Praxiskoordination

Innerhalb der Interviews berichtete eine Expertin, dass sie die gesamte Ausbildungscoordination übernehme. Dies beinhalte die Personaleinsatzplanung sowie die Kommunikation mit externen Partner*innen *„(...) also schreibt die Dienstpläne dazu, ist der Ansprechpartner für die Kooperationspartner von außen“* (EP 1, Position 13). Ein Experte berichtet, dass dies in seiner Einrichtung ebenfalls auf die Aufgaben ihres Pflegeexperten zutrefe. (EP 1, Position 5). Die akademisch gebildeten Pflegekräfte, die neu anfangen, hätten so einen *„(...) direkten Ansprechpartner und können dann seitens der Einrichtung auch Unterstützung erfahren“* (EP 8, Position 26). Ergänzt wird dies mit der Möglichkeit *„(...) sie könnte Ausbildungsverantwortliche sein für das Haus oder wenn es mehrere Häuser [gibt] [...] dann für mehrere Häuser und hat dann die Praxisanleitung untergeordnet“* (FK 3, Position 7).

Eine Leitungskraft formuliert die Chance durch akademisierte Pflegekräfte innerhalb der Ausbildungscoordination: *„(...) da zeigt sich schon auch, dass akademisierte Pflegekräfte benötigt werden, die das gut planen und gewährleisten können“* (FK 1, Position 3). Es bestünde Unterstützungsbedarf (...) *„gerade in der Generalistik“* (FK 2, Position 6). Die

gesetzlichen Vorgaben und Ausbildungsziele zu erreichen, stelle für einige Fokusgruppenteilnehmenden eine große Herausforderung dar (FK 1, Position 3). Die derzeitige Situation, die sich im praktischen Alltag darstelle, sei laut eines Fokusgruppenteilnehmers mit den zeitlichen Ressourcen nicht machbar. Er übernehme die Planung und Koordination der Ausbildung neben der Koordination des Stations- und Wohnbereichsalltages und fahre selbst dazu noch Touren im ambulanten Pflegedienst (FK 1, Position 39).

6.1.1.5 Schulung der Praxisanleiter*innen

Innerhalb dieser Kategorie berichtete ein Einrichtungsleiter, dass die akademisch qualifizierte Pflegekraft in seiner Einrichtung sowohl die fachliche als auch die didaktische Begleitung aller Praxisanleiter*innen übernehme, *„(...) also die Koordination, was wird an Lehrinhalten von uns im ersten Ausbildungsjahr in den Einsätzen geplant und gelehrt oder gezeigt, was im zweiten Ausbildungsjahr, was im dritten Ausbildungsjahr, wie werden die Einsätze geplant von den Schülern, wie ist die fachliche Aufteilung von den Praxisanleitern, die werden dann auch über ihn weiter geschult insofern, dass da Qualitätszirkel stattfinden, die er leitet und die Praxisanleitungen dadurch auch weiterhin immer theoretischen Input erhalten für ihre tatsächliche Arbeit“* (EP 1, Position 13).

6.1.2 Beratung

Die Aufgabe der Beratung setzt sich aus den folgenden beschriebenen Tätigkeiten auf der Handlungsebene zusammen: Kollegiale Beratung, An- und Zugehörigen Beratung, Lotsenfunktion, Gesundheitsberatung sowie Beratung zur professionellen Entscheidungsfindung. Der Aspekt der Beratung sei laut einer Teilnehmenden *„(...) etwas außerordentlich Wichtiges“* (FK 3, Position 163).

6.1.2.1 Kollegiale Beratung

Hierzu berichtete eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass sie in ihrer Einrichtung festgestellt hätten, dass die Mitarbeiter*innen bei gewissen Hürden, Sorgen, Ängsten, oder Beschwerden tendenziell nicht direkt die Heimleitung oder Pflegedienstleitung aufsuchten. Im Zuge dessen fand eine Umstellung statt, wobei sich die Mitarbeiter*innen an die akademisch qualifizierte Pflegekraft wenden konnten. *„(...) dadurch, dass eben, ich sag mal, aus ihrer Sicht die ganzen Dinge sehen kann, dann können die sich besser anvertrauen und reden da auch offen darüber und dadurch kann man natürlich auch die Qualität der Einrichtung und die Mitarbeiterzufriedenheit steigern“* (EP 8, Position 38). Ein Teilnehmer der Fokusgruppe berichtet von einem positiven Erlebnis mit einem akademisierten Kollegen, wodurch er eine andere Perspektive auf den Alltag erlangen konnte *„(...) jemand, der aus dem Studium hier*

mir einfach gesagt hat, also das ist jetzt umständlich wie du das machst, weil wir einfach im Alltag so drin sind, dass uns manche Wege einfach komisch vorkommen“ (FK 2, Position 3).

6.1.2.2 Beratung An- und Zugehöriger

Das Aufgabenspektrum reiche von der Unterstützung leistungsrechtlicher Angelegenheiten wie dem Organisieren von Pflegeanträgen (EP 2, Position 49) bis zur familialen Unterstützung, bei der die Pflegefachperson *„(...) auch mal gucken, wie ist denn die Belastungssituation des Angehörigen, wie lange hält der überhaupt noch durch“* (EP 5, Position 76). Dazu berichtet eine Projektleitung, dass es in ihrem Projekt eine Situation gegeben hätte, bei der ein pflegender Angehöriger von den akademisch qualifizierten Pflegekräften Unterstützung in Form von Beratung erhielt *„(...) und das hat ihm auch sehr geholfen und er hat auch immer wieder gesagt, diese Bestätigung war eben auch schon ein guter Prozess“* (FK 4, Position 2). Im Setting der stationären Langzeitpflege hätte das Pflegepersonal oftmals keine Zeit und hinreichende Qualifikation für Angehörigenberatung. Ein Experte berichtet, dass in seinem Projekt die Pflegeberatung verlangt sei, *„(...) aber das Personal gar nicht vorhanden ist und das Personal in der Hinsicht auch gar nicht geschult ist“* (FK4, Position 23). Aufgrund dessen wäre dieser Bereich der akademisch qualifizierten Pflegekraft zugeteilt worden, *„(...) einfach auch um einen besseren Austausch mit den Angehörigen zu haben, aber auch um vielleicht gewisse Handlungsempfehlungen zu geben, wie der Angehörige jetzt mit der Situation hier mit dem Bewohner in der Einrichtung umgehen kann“* (EP 8, Position 40). Ein Arzt äußert, dass pflegende Angehörige ein zeitnahes und ortsnahe Angebot bräuchten *„(...) wo sie auch hingehen können, wo man ihnen zeigt, so funktionieren Transfersituationen“* (EP 10, Position 24). Ein Teilnehmender thematisiert, dass *„(...) die Angehörigen mehr und mehr Beratung brauchen, weil sich die Wohnformen ändern“* (FK 2, Position 17) und Angehörige diesbezüglich auch mitreden müssten.

Die Relevanz der Fachkompetenz der Pflegekraft als Grundlage der Angehörigenberatung beschreibt eine Fokusgruppenteilnehmerin im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsumfeld, der Pädiatrie: *„(...) was Anleitung für die Eltern betrifft [...], da muss die Qualität dahinterstehen“* (FK 1, Position 58).

Eine interviewte Expertin gab an, dass eine langjährige Berufserfahrung und im besten Fall ein akademischer Hintergrund benötigt werde, um Gesundheitsberatungen durchzuführen (EP 6, Position 2). In ihrer Einrichtung übernehmen akademisch qualifizierte Pflegekräfte primär die Gesundheitsberatungen (EP 6, Position 6).

6.1.2.3 Lotsenfunktion

Eine akademisch qualifizierte Pflegekraft berichtete hierzu, dass sie in ihrer Einrichtung als Lotsin fungiere, „(...), wenn wir dann wissen, dass unsere Kurse voll sind, oder es passt von der Sprache her nicht, z.B. bei der seelischen Betreuung und Beratung, die bieten wir auf Deutsch und Arabisch an, aber bleiben jetzt die türkischen Klienten zum Beispiel und da, lotsen wir dann halt anderweitig (EP 6, Position 10). Zudem arbeite ihre Einrichtung mit einer „Krebslotsin“ zusammen, die Patient*innen mit einer Krebsdiagnose berate „(...), wenn hier Klienten angebunden werden, die eine Krebsdiagnose haben und gar nicht wissen, was steht mir alles zu. Wir fangen die natürlich auch auf und beraten sie grob hinsichtlich der Sachen, die den zustehen, aber die Expertin in dem Punkt ist die Krebslotsin, an die wir die auch weiterführen können (EP 6, Position 14).

Eine weitere externe Beratungsstelle, zu der ihre Einrichtung Klient*innen weiterleite, sei der Pflegestützpunkt. „(...) wir haben hier Klienten, die haben eine Behinderung oder haben Angehörige mit körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen, die können wir dann auch an unsere externe Beratungsstelle, die auch hier stattfinden, anbinden. Das nennt sich zum Beispiel Pflegestützpunkt, die werden dann nochmal hinsichtlich der Probleme, die sie haben, genau beraten“ (EP 6, Position 14). Zudem navigiere sie Klient*innen, die nicht direkt von Ärzt*innen kommen, an entsprechende Fachärzt*innen weiter „(...), dass wir sagen, Sie müssen unbedingt zu einem Pulmologen, oder Sie müssen zu einem Kardiologen, weil der Blutdruck immer bei 200 ist“ (EP 6, Position 46). Dazu äußerte eine Expertin, dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen nicht ausreichend funktioniere und sie sich vorstellen könne, dass die Überleitung durch gute Pflegefachpersonen oder akademisch qualifizierte Pflegekräfte besser umgesetzt werden könne (FK 4, Position 13).

6.1.2.4 Gesundheitsberatung

Innerhalb dieser Kategorie äußerte eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass sie Patient*innen zum Medikamentenmanagement berate „(...) was macht das im Körper? Wieso nehme ich diese Medikamente ein? Wieso brauche ich es überhaupt? Das ist wichtig, dass man das Medikamentenmanagement gut durchführt“ (EP 6, Position 6). Dazu berichtete ein Arzt, dass es in seiner Berufspraxis so sei, dass er keine Anlaufstellen für Patient*innen mit einer Diabetes mellitus Erstdiagnose hätte. Dann „(...), habe ich nicht wirklich jemanden, wo ich den auch zur Schulung hinschicken kann, nicht nur Diabetesschulung, sondern auch so Lebensstilschulung, weil da gibts die XY-Klinik, die ist total überlaufen, dann gibts Praxen, da schicke ich niemanden hin, weil es eine Katastrophe von der Versorgung ist“ (EP 9, Position 76).

Ergänzend dazu benennt eine Fokusgruppenteilnehmerin die Begleitung chronisch kranker Kinder, sowie die Überleitung vom stationären Bereich in die Häuslichkeit: „(...) *was alles gebraucht wird, dass das Kind dann auch entlassen werden kann, gerade wenn die erste Entlassung nach der Geburt bei [ei]nem chronisch kranken kleinen Kind ansteht...*“. Sie sehe keine Gründe, die dafür sprechen, dass dies nicht von einer Pflegekraft anstelle eines Arztes durchgeführt werden könne (FK 1, Position 70). Zudem berichtete eine Projektleitung, dass die akademisch qualifizierten Pflegekräfte es in ihrem Projekt geschafft hätten, „(...) *den älteren Leuten den Prozess des Empowerments zu ermöglichen*“ (FK 4, Position 2). Damit ist gemeint, dass Patient*innen und deren An- und Zugehörige befähigt werden für ihre Gesundheit bzw. das Krankheitsmanagement selbst Sorge zu tragen.

6.1.2.5 Beratung zur professionellen Entscheidungsfindung

Innerhalb der Fokusgruppeninterviews wird durch Teilnehmende mehrfach der Aspekt der „(...) *ethischen Beratung*“ (FK 2, Position 11), „(...) *ethische Fallbesprechung*“ (FK 3, Position 189) benannt. Gerade in schwierigen Situationen mit Angehörigen, seien aqP eine große Hilfe im alltäglichen Geschehen auf den Stationen (FK 2, Position 26).

6.1.3 Förderung von Digitalisierungsprozessen

Innerhalb dieser Aufgabe werden verschiedene Tätigkeiten auf der Handlungsebene beschrieben. Diese sind: Mitarbeit zur Entwicklung von Apps oder Programmen und Dokumentationssystemen sowie die Nutzung assistiver Technik. Eine akademisch qualifizierte Pflegekraft gab diesbezüglich an, dass „(...) *wenn wir an IT oder Robotik in der Pflege denken, da sind andere Länder eben schon viel weiter fortgeschritten, wie jetzt wir in Deutschland und ich glaube, dass akademisierte Pflegekräfte das in Deutschland auch übernehmen können*“ (EP 8, Position 98). Weiter werden in den Fokusgruppen potenzielle Versäumnisse benannt: „(...) *man darfs eben nicht versäumen das mitzudenken, auch pflegerisch, weil auch die Pflegekräfte brauchen dann das Know-how*“ (FK 1, Position 102), sowie der Wunsch dem entgegenzuwirken „(...) *dass man da nicht den Anschluss verpasst und Möglichkeiten*“ (FK 1, Position 98). Ein Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen insbesondere, um „(...) *Innovationen auch zu fördern, den Fortschritt in euren Konzepten, Ideen auch mit wissenschaftlichem Hintergrund, vielleicht in [ei]nem Forschungsprojekt das weiterzuverfolgen wirklich Evidenz mit [ei]ner neuen App, was auch immer da entsteht mit Digitalisierung*“ (FK 1, Position 60).

6.1.3.1 Fachliche Mitarbeit an der Entwicklung von Apps, Programmen und Dokumentationssystemen

Eine Expertin beschrieb, dass sie in ihrer Berufspraxis das Wissen aus dem Studium brauche, um „(...) *Konzepte oder das ganze digitale Programm anzupassen hinsichtlich der Diagnosen, Maßnahmen, Ziele, welche ich erreichen muss*“ (EP 6, Position 30). In der Einrichtung hätten sie für verschiedene Diagnosen sogenannte (digitale) „Pfade“ erstellt, die stichpunktartig auflisten, was innerhalb einer Beratung zu einem bestimmten Thema zu beachten ist „(...) *dass wir zum Beispiel die Ernährungspyramide durchgehen zusammen, dass die das visuell sozusagen darstellen, dass wir standardisierte Portionsgrößen zeigen und solche, die halt gesund und geeignet sind für einen bei der Ernährung. Dass wir dann bei der Bewegung nochmal eingegangen sind und uns auf dieses Bewegungsdreieck sozusagen spezialisieren, wie oft hat der Patient bzw. der Klient sich wöchentlich zu bewegen bei welcher Krankheit, dass wir dann die Standards nach den Leitlinien, die gegeben sind, halt sozusagen recherchieren und dann dementsprechend rausschreiben*“ (EP 6, Position 18).

6.1.3.2 Nutzung von assistiver Technik

Eine Mitarbeiterin in der direkten Patient*innenversorgung zeigt die Möglichkeiten zur Wohnraumgestaltung mit Hilfen von digitalen Hilfsmitteln auf: „(...) *wo könnte ein pflegerischer Ansatz sein, was Digitalisierung angeht? Vielleicht dieses ambient assisted living*“ (FK 1, Position 98). Beispielhaft dafür nennt sie „(...) *wenn ich barrierefrei die Wohnung eingerichtet haben will, zum Beispiel mit den Freisprechanlagen*“ (FK 1, Position 98). Ergänzt wird dies durch die Frage eines Teilnehmenden der Fokusgruppe: „(...) *ein Elektrobetrieb, müssten die nicht Pflegeexperten brauchen für den demographischen Wandel?*“ (FK 1, Position 101).

6.1.4 Pflegewissenschaft

Innerhalb dieser Aufgabe finden sich für die Handlungsebene folgende Tätigkeiten, die im folgenden Abschnitt näher erläutert werden: Konzeptarbeit, Theorie-Praxis-Transfer und Pflegeforschung.

6.1.4.1 Pflegefachliches Arbeiten

Innerhalb dieser Kategorie gibt ein Experte an, dass für ihn pflegewissenschaftliches Arbeiten bedeute, Themen wie bspw. Dekubitus, Wunden und Mitarbeitendenbelastungen in einen definierten Zeitraum zu beobachten, um darauffolgend mit Hilfe verschiedenster Instrumente zu beurteilen, wie: „(...) *, was sagt denn die aktuelle Forschung dazu, was gibt es für Möglichkeiten der Intervention und braucht es Schulungen*“ (EP 1, Position 11). Dazu äußert eine Expertin, dass sie pflegewissenschaftliches Arbeiten als ein Handwerk betrachte, das die „(...) *Nutzung und Recherche von Leitlinien, Recherche bestimmter Fragestellungen umfasse*“

(FK 4, Position 6) und vom Prinzip her einen evidenzbasierten Ansatz verfolge. Ein pflegewissenschaftlicher Hintergrund sei wichtig, um „(...) *anders mit Pflegeproblemen, mit Versorgungssituationen umgehen zu können*“ (EP 1, Position 3) und „(...) *die Professionalisierung voranzutreiben*“ (EP 1, Position 7). Aus dem Setting der stationären Langzeitpflege berichtet eine akademisch qualifizierte Pflegekraft von ihrer pflegefachlichen Tätigkeit in der Praxis. Sie habe in ihrer Einrichtung geschaut, wie viele Stürze vorgefallen seien und was die Ursachen und die Folgen daraus waren. Diesbezüglich habe sie festgestellt, dass die Sturzprotokolle in ihrer Einrichtung nicht zielführend seien. Durch eine Recherche sei sie auf ein innovatives Sturz-Assessment gestoßen (EP 8, Position 32).

Zudem gibt eine Expertin eines Pflegeberufsverbands an, dass sie sich gut vorstellen könne, dass akademisch qualifizierte Pflegekräfte für die Erstellung pflegewissenschaftlicher Gutachten zuständig seien, da es hierfür Pflegewissenschaftler*innen bräuchte, die die Begutachtung schreiben und nicht ein Mediziner*in, „(...) *der von Pflege gar keine Ahnung hat*“ (EP 5, Position 95).

6.1.4.2 Konzeptionelles Arbeiten und Implementierung

Innerhalb dieser Kategorie berichtete eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass es in ihrer Einrichtung so sei, dass „(...) *das, was man studiert hat, in der Pflege umsetzen kann, also man hat ganz viel Spielraum, man kann das, wo man denkt: „ok, das ist gut, um die Pflege weiterzubringen, um Prävention zu betreiben. Das ist genau das richtige und dafür kann ich dann die Konzepte erstellen und schule meine Mitarbeiter, sodass wir das dann einheitlich umsetzen, um hier auch Ziele zu erreichen*“ (EP 6, Position 30). Diesen Teil von konzeptionellem Arbeiten beschreibt eine Fokusgruppenteilnehmende in ähnlicher Form. Sie betont die Relevanz von Autonomie, um Entwicklung und Innovation zu gestalten und anschließend die pflegerische Praxis zu verändern. Aber sie glaubt, es sei wichtig, „(...) *in so [ei]ner Position auch eine gewisse Freiheit zu haben, um innovativ zu werden und neue Projekte und ein Konzept zu entwickeln, was vielleicht auch erstmal im Hintergrund läuft und dann aber raus damit zu gehen, es zu implementieren*“ (FK 1, Position 66).

Aus den Fokusgruppeninterviews werden Punkte wie das Aufarbeiten von Prozessen mit dem Fokus der Weiterentwicklung mehrfach von verschiedenen Teilnehmer*innen thematisiert, „(...) *zu gucken, wie kann ich was hier umsetzen. Wie kann ich was hier so modernisieren, wie passen wir uns an, an die ganze Entwicklung*“ (FK 3, Position 43). „(...) *Konzepte zu entwickeln, die eine Einrichtung verbessern*“ (FK 1, Position 6).

Eine Vertreterin eines Pflegeberufsverbands äußert, dass sie sich gut vorstellen könne, dass akademisch qualifizierte Pflegekräfte im Rahmen von Konzeptentwicklungen tätig wären, da dies in der Langzeitpflege nebenher laufen müsse, *„(...) weil die haben niemand, der sehr so diese Übersetzungsleistung macht. Da ist die Leitungsebene und dann die praktische Ebene und wenn da jetzt jemand dazwischen wäre, der die Praxis unterstützen würde, dann nicht nur das Konzept zu entwickeln, sondern dann das Konzept zu implementieren, das kann ich mir als sehr gut Aufgabe auch für [eine] akademisierte Pflegekraft vorstellen“* (EP 5, Position 87).

6.1.4.3 Pflegeforschung

Ein Fokusgruppenteilnehmer nennt diesbezüglich den demografischen Wandel, sowie die sich zukünftig zuspitzende pflegerische Versorgungssituation als ein *„(...) Arbeitsfeld, wo akademisierte Pflegekräfte forschen können oder wo[e]s dann eben auch vielleicht sogar auf Land- oder Bundesebene Forschungsstudien geben muss* (FK 1, Position 12). Insbesondere die stetig älter werdenden Pflegeempfänger*innen und deren chronische Erkrankungen und die damit immer komplexer werdenden Versorgungssituationen eröffnen *„(...) weitere Perspektiven in der Pflege [...] und da auch [im] wissenschaftlichen Bereich sich viel ergeben wird, woran gearbeitet werden kann“* (FK 1, Position 20).

6.1.5 Public Health Nursing/Community Oriented Nursing

Diese Kategorie beschreibt die Tätigkeiten, die im Rahmen von bevölkerungsbezogener Pflege und solcher, die auf gewisse Personengruppen ausgerichtet wird, ausgeführt werden können. Diese sind zum einen Tätigkeiten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, zum anderen in der Gemeindepflege. Weiter werden hier derzeit bestehende Hindernisse und Lücken aufgezeigt, die durch beide genannten Ansätze unter dem Dach von Community Health Nursing (CHN) geschlossen werden könnten.

6.1.5.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Mit Blick auf die Prävention berichtete eine Expertin über ein Projekt, bei dem ältere Menschen in ihrer Häuslichkeit besucht werden (EP 5, Position 57). Die Pflegekräfte seien *„(...) präventiv tätig und versuchen die zu unterstützen, wie ist deren soziales Feld, wie ist die Wohnung, ist die/kann man hier noch was vorbereiten, haben die ein starkes soziales Netz, kennen die eigentlich alles, was es in ihrer Umgebung gibt und so weiter* (EP 5, Position 59). Die Expertin fügt hinzu, wie wichtig es sei, die präventive Arbeit in die ambulanten Einsatzfelder sowie in den Quartiersansatz zu bringen (EP 5, Position 80). Angebotsstrukturen müssten vor Ort errichtet werden (EP 6, Position 10). Des Weiteren nimmt die Expertin Bezug auf den internationalen Raum, wo Pflegende deutlich mehr *„(...) präventive Tätigkeiten“* (EP 5, Position 62) übernehmen würden. Dies sehe sie als sinnvoll an. Detailliert beschreibt eine Expertin die

in einem gemeindeorientierten Versorgungsmodell bestehenden Angebotsstrukturen „(...) wie Kurse, primär auf Bewegung, so Kurse wie Gesunder Rücken mit dem Alter, Beckenbodenkurse oder so Kurse für türkische Frauen über 50“ (EP 6, Position 10).

6.1.5.2 Gemeindepflege

In diesem Zusammenhang benennt eine Interviewteilnehmerin die zunehmende Komplexität der Pflegeprozesse in den ambulanten Versorgungs- sowie Angebotsstrukturen (FK 3, Position 142). Die Bedeutung der pflegerischen Arbeit im ambulanten und häuslichen Pflegesetting verdeutlicht eine Teilnehmende zusätzlich: „(...) diese Kompetenz zu beraten, anzuleiten“ sei etwas außerordentlich Wichtiges. Insbesondere unter dem Aspekt, dass die häusliche Versorgung den größten Anteil einnehme, innerhalb der Versorgungsstrukturen in Deutschland (FK 3, Position 163). Vor allem im ländlichen Raum, wo teilweise nur eine Hausarztpraxis mehrere Pflegeeinrichtungen betreuen, könnten akademisch qualifizierte Pflegekräfte an die „(...) Praxen angeschlossen sein und quasi immer im Namen der Praxis die Pflegeheime betreuen“ (EP 9, Position 58).

Zudem seien Case Manager*innen nach Auffassung zweier Experten*innen kommunal anzusiedeln (EP 2, Position 49; EP3, Position 30), da es beim Case Management auch darum gehe, „(...) Erkenntnisse zu bekommen, strukturierte Erkenntnisse, [wie] für das Care Management und dafür ist die Kommune zuständig“ (EP 3, Position 30). In Bezug auf die Sozialraumentwicklung könnten akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen eine verstärkte Steuerungsfunktion übernehmen, die über den Pflegeprozess hinausgehe (EP 5, Position 18).

6.1.6 Inter- & intraprofessionelle Zusammenarbeit

Die Kategorie „Inter- & intraprofessionelle Zusammenarbeit“ umfasst vielfältige Aspekte der Zusammenarbeit der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen mit anderen Gesundheitsberufen und innerhalb der eigenen Berufsgruppe. Sie setzt sich zusammen aus Tätigkeiten der Netzwerkarbeit, des fachlichen Austausches und der Steuerung externer Akteur*innen.

6.1.6.1 Netzwerkarbeit

Ein Ziel, das eine Fokusgruppenteilnehmerin mit akademischem Abschluss innerhalb dieser Kategorie formuliert, ist „(...), dass wir intern ein Netz aufbauen um die pflegfachliche Qualität zu stabilisieren, gar nicht zu erhöhen, sondern zu stabilisieren“ (FK 2, Position 132). Mit dem andauernden Fokus auf der Qualitätssteigerung beschreibt eine Teilnehmerin ihre Erfahrungen im Rahmen einer Hospitation in den USA, wo Qualität durch intraprofessionelle Zusammenarbeit in Form eines Skills-Mix/Grade-Mix gewonnen wird, sodass „(...) die

akademisierten Pflegefachkräfte (...) direkt am Bett arbeiten und auch visitieren am Bett und dann aber auch aufgrund ihrer Arbeitsweise und wie sie dann wiederum mit den anderen ausgebildeten Pflegefachkräften zusammenarbeiten oder den Helferinnen, dadurch einfach eine wunderbare Qualitätssicherung bzw. -steigerung haben“ (FK 3, Position 17).

Eine Expertin gab an, dass Netzwerkarbeit potenzielle Angebote identifiziere und so der Fragmentierung bestehender Angebote entgegenwirke *„(...) wo verzahnen sich potenzielle Angebote und das ist auch glaube ich etwas sehr Wichtiges, dass es nicht zu einer sehr starken Zergliederung kommt, die wir so oder schon haben, aber noch mehr, weil dann eben die Angebote gut sind, aber nicht angenommen werden, weil keiner mehr durchblickt“ (FK 4, Position 13).* Zudem wird berichtet, dass im Setting der stationären Langzeitpflege Kooperationen mit psychiatrischen Einrichtungen bestünden. Die externen Kooperationspartner*innen *„(...) kommen quasi zur ambulanten psychiatrischen Betreuung von Bewohnern“ (EP 8, Position 22).* Die akademisch qualifizierte Pflegekraft sei für potenzielle Neuaufnahmen zuständig, die sie organisiere und das Bürokratische übernehme *„(...), weil das ist auch ein Haufen Papierkram, der da erledigt werden muss“ (EP 8, Position 22).*

Teilweise würden die kooperierenden Hausärzte*innen Patient*innen direkt an die akademisch qualifizierte Pflegekraft überweisen *„(...) im besten Fall mit einer Diagnose und einer Aufforderung, sag ich jetzt mal, einen Auftrag, wo drinsteht, was sie erbitten“ (EP 8, Position 44).*

Des Weiteren bestünde eine Kooperation mit einem Bezirksamt, das vor allem pflegebezogene Themen weiterleite, wie die *„Verordnungen von Hilfsmitteln“ (EP 8, Position 48).* Eine Fokusgruppenteilnehmerin benennt die für sie wichtigen Schnittstellen und beschreibt ähnlich wie in den Expert*inneninterviews Kooperationspartnerschaften mit *„(...) Krankenhaus, ambulante[n] Pflege, Altenpflege, aber auch [von der] Heilerziehungspflege“ (FK 1, Position 107).*

Eine weitere Teilnehmende beschreibt den Bedarf eines interprofessionellen Netzwerks. Sie sehe einen fachspezifischen Austausch über Einrichtungsgrenzen hinweg, regional bis bundesweit als grundlegend für die Entwicklung der Pflege *„(...) Vernetzung ist ganz wichtig, ich glaub diese Pflegeexperten was Langzeitpflege betrifft, sollten sich wirklich vernetzen über die Hausgrenze hinweg, regional, ich kenn das auch von Stationsleitungen von Intensivstation, die sich bundesweit vernetzt haben von pädiatrischen Intensivstationen, die sich dann auch vor Pandemie auch regelmäßig getroffen haben und geschaut haben was kann oder was macht das eine Haus oder diese eine Station und was gibts bei mir, dass ich das vorstelle und*

dass man dann guckt, wie entwickelt sich alles wie kanns einheitlicher werden, die guten Sachen von den anderen rausholen und bei sich selbst implementiert und das macht dann die gute Vernetzung und diese treffen, dass man schaut, was geht den einen an und wie weit sind wir und was wurde vernachlässigt und dem nachgehen“ (FK 1, Position 64).

6.1.6.2 Fachlicher Austausch

In Bezug auf diese Kategorie äußert eine interviewte Person, dass die Pflege und Ärzteschaft ein Bindeglied benötige, um sich auf fachlicher Augenhöhe auszutauschen *„(...) also ich glaube wirklich, dass das, auch wenn die Pflege schon sehr, sehr gut ist, einfach nochmal ein Bindeglied zwischen Pflegenden und Ärzteschaft darstellen könnte, weil man auf Augenhöhe auch über wissenschaftliche Erkenntnisse mit den Ärzten diskutieren kann und das dann auch einen positiven Benefit für die Patienten hat“* (EP 2, Position 20).

Der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen wäre für den fachlichen Austausch zwischen Ärzten*innen und Pflegefachpersonen vorteilhaft, da *„(...) man dort die medizinischen Dinge mit einer Pflegefachperson besprechen könnte“* (EP 9, Position 52) und eine feste Zuständigkeit bestehe, da die Hausärzte*innen *„(...) versuchen natürlich relativ wenig vor Ort zu sein“* (EP9, Position 56). Eine akademische Laufbahn wirke sich positiv auf die interprofessionelle Zusammenarbeit aus, da *„(...) man auch mit einem Studium im Endeffekt ganz anders argumentieren kann und sich ganz anders auch auf die aktuellen Erkenntnisse berufen kann, als jemand, der das nicht hat“* (EP 7, Position 45). Auch innerhalb der Fokusgruppen wird der Austausch zwischen den Mediziner*innen und den Pflegenden sehr häufig benannt. *„(...) wie auch immer man die Person auch nennen will [...] um auch Dinge zu verbessern mit dem Austausch der Ärzte“* (FK 1, Position 6).

Mehrere interviewte Personen geben an, dass die akademisch qualifizierten Pflegekräfte in ihren Einrichtungen oder Projekten regelmäßig Fallbesprechungen moderieren (EP 5, Position 49) und so Teil des Teams seien (FK 4, Position 18). Konzeptionell wären Fallbesprechungen so angedacht, dass sich die Pflegefachperson einmal in der Woche mit anderen Berufsgruppen über Patienten*innen austausche, die von ihr *„(...) in der Zwischenzeit gesehen worden sind“* (FK 4, Position 6). In der Kooperation mit Hausärzten*innen erfolge der fachliche Austausch teils über sogenannte *„(...) Rückmeldebrieife“* (EP 6, Position 44), die die zuständige Pflegekraft an den Hausarzt*innen sende, aber auch über verbindliche Fallbesprechungen (EP 6, Position 44). Einige Teilnehmende der Fokusgruppen benennen ebenfalls den Wunsch nach Fallbesprechungen: *„(...) ich wünsche mir das auch, dass in einem interdisziplinären Team einfach einmal wöchentlich eine Besprechung stattfindet. Ein Fallmanagement, jemand, der sich da auskennt. Case Management wie gesagt“* (FK 3,

Position 183). Eine beispielhafte Beschreibung, wie dies aussehen könnte, benennt eine Fokusgruppenteilnehmerin und bezieht sich damit auf ihre Erfahrungen, die sie in den USA diesbezüglich gemacht habe. Eine Interviewteilnehmerin beschreibt die Relevanz von regelmäßiger Kommunikation zwischen den Pflegeprozessbeteiligten in Form von einer Fallbesprechung *„(...) einmal im Monat [gab es] eine Besprechung, wo der Bewohner des Hauses am Kopfende saß, wenn er Demenz hatte saß noch jemand neben ihm, der ihn vertreten hat, gesetzlich oder [ein] Angehöriger“* (FK 3, Position 174).

6.1.6.3 Steuerung der externen Akteure

Innerhalb dieser Kategorie gab eine Teilnehmerin an, dass sie als akademisch qualifizierte Pflegekraft im Setting der stationären Langzeitpflege aufgrund der Dichte an Visiten für die Erstellung der Visitenpläne zuständig sei, um diese bestmöglich zu koordinieren *„(...) das heißt, wir haben ja eine Vielzahl an Visiten, d.h. da müssen Visitenpläne erstellt werden, um die eben bestmöglich zu koordinieren und eben während der Visite dann auch die Zeit wirklich für die Visite zu nutzen“* (EP 8, Position 22).

Die Koordination externer Berufsgruppen könne deutlich effizienter stattfinden. Vor allem Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten sollten stärker in den Pflegeprozess mit eingebunden werden. Die akademisch qualifizierte Pflegekraft sei *„(...) mehr oder weniger der Schlüssel-Schloss und auch gleichzeitig der Übersetzer, um eine Integration zu generieren“* (EP 1, Position 25). In seiner Einrichtung bestehe eine Kooperation mit externen Partner*innen, wobei eine regelhafte Kommunikation zwischen Einrichtung und Partner*in stattfinden. Die geplanten Maßnahmen der externen Partner*innen seien in den Pflegeprozess integriert und begründen *„(...) was macht wer wann und wieso“* (EP 1, Position 25). Zudem besäßen akademisch qualifizierte Pflegekräfte das Potenzial, *„(...) den Gesundheitsstatus in der Langzeitpflege viel besser zu erheben“* (EP 5, Position 29) und im Kontakt mit Ärzt*innen abzuschätzen, wie dringend medizinische Unterstützung benötigt wird (EP 10, Position 36).

Eine Teilnehmende der Fokusgruppen beschreibt die voraussetzungsvolle Koordination von externen Akteur*innen im ambulanten Pflegedienst in komplexen Pflegesituationen wie folgt: *„(...) weil gerade in der ambulanten Pflege ein Pflegeprozess sehr komplex sein kann, weil ich viele Akteure habe und umgekehrt natürlich auch viele Angebotsstrukturen vorfinde so“* (FK 3, Position 142).

6.1.7 Pflege- und Therapieprozessverantwortung

Innerhalb dieser Kategorie berichtet eine Teilnehmende über die Verknüpfung der Pflege- und Therapieprozesssteuerung durch akademisch qualifizierte Pflegekräfte, *„(...) die in der Langzeitpflege Menschen mit Pflegebedarf auch versorg[en]. Eben nicht nur den Pflegebedarf in den Blick zu nehmen, sondern auch den Therapiebedarf und das sozusagen mit der Versorgung aus einer Hand sicherzustellen“* (EP 3, Position 2). Die Therapieprozessverantwortung komplexer Versorgungsfälle durch aqP auf Masterniveau sei in die Primärversorgung mit aufzunehmen (EP 3, Position 16) und umfasse neben der Erhebung pflegerischer Bedarfslagen auch medizinische, sodass dies *„(...) auch mitübernommen wird aus einer Hand und nicht wieder zum Nächsten gehen muss“* (EP 3, Position 18).

Innerhalb der Fokusgruppeninterviews werden *„(...) die vorbehaltenen Tätigkeiten mit dem Pflegeprozess und den zu steuern“* (FK1, Position 71) als Tätigkeiten von aqP von den Teilnehmenden thematisiert. Akademisierte Pflegekräfte könnten in der Prozesssteuerung *„(...) so aus der Metaebene vielleicht auch Dinge betrachten“* (FK 2, Position 22) und einen Ansprechpartner*innen darstellen *„(...) wenn da jemand [wäre], wo das alles vernetzt und der ist da und den kann ich fragen und alles sagen, und der weiß Bescheid* (FK 2, Position 24).

6.1.7.1 Assessment, Diagnostik (Ist-Analyse, Erfassen der Situation)

Nach Ansicht eines Arztes seien gut ausgebildete Pflegekräfte für *„(...) die Beurteilung am Menschen, die Beurteilung von Wunden, die Beurteilung von Pflegebedarf, bis hin zur Beurteilung eines ärztlichen Kontakts verantwortlich“* (EP 10, Position 34). Dazu müssten sie *„(...) Akutsituationen erkennen, ohne sie lösen zu können“* (EP 10, Position 16). Im Rahmen pflegerischer Situationen sollten Pflegekräfte *„(...) klare Handlungsoptionen haben, wie sie Gefahren vermeid[en]“* (EP 10, Position 18) und für Patienten*innen einschätzen *„(...) wo stehe ich gerade eigentlich aufgrund meiner Krankheit“* (EP 10, Position 28). Zudem umfasse das Assessment auch die Wohnumfeldgestaltung *„(...) was ist das Problem, der Wohnsituation in diesem Gebäude, was ist das Problem der Einrichtung an sich, was ist das Problem im Viertel, was sind die besonderen Herausforderungen“* (EP 10, Position 18).

Eine Expertin berichtet, dass in ihrem Projekt akademisch qualifizierte Pflegekräfte auf Bachelorniveau eine hohe Fachkompetenz in der Nutzung von Assessmentinstrumenten hätten (FK 4, Position 8). Das Assessment umfasse ein Clinical Assessment, welches eine körperliche Untersuchung beinhalte, das als Grundlage genutzt werde, um *„(...) in Abstimmung mit dem Patienten oder Angehörigen eine Bedarfsanalyse, Versorgungsplan, Maßnahmenplan und so weiter“* (FK4, Position 6) zu erstellen. Die Früherkennung von

Demenzen stelle einen weiteren Bereich dar, den die akademische Pflege mit übernehmen könnte (EP 5, Position 61).

Ergänzend dazu nennt eine Teilnehmerin einer Fokusgruppe die Möglichkeit „(...) *präsentationäre Assessments, zu nutzen, um dann für einen Klinikaufenthalt besser vorbereitet zu sein*“ (FK 1, Position 24), als ein potenzielles Bindeglied zwischen Häuslichkeit oder Langzeit-Wohneinrichtung und akuter klinischer Einrichtung.

6.1.7.2 Bedarfserhebung

Eine Projektleitung berichtete, dass die akademisch qualifizierten Pflegekräfte in ihrem Projekt im Rahmen von präventiven Hausbesuchen bis zu viermal in die Häuslichkeit der Klient*innen gegangen wären, um Beratungsgespräche durchzuführen und „(...) *dort ebenso die Ist-Analyse vor[zunehmen]*“ (FK 4, Position 2). Neben den Beratungsgesprächen „(...) *waren kleinere Erhebungen notwendig z.B. Blutdruckmessen oder irgendwie für die Beratungsgespräche, dass man einen Ernährungszustand erhebt von der Person*“ (FK 4, Position 10). Ein Arzt gab an, dass er es in seiner Berufspraxis so erlebt habe, dass bei pflegenden Angehörigen ein Beratungs-, Schulungs- und Begleitungsbedarf bestehe „(...) *dann zeigt mir mal den Transfer*“. „*Wie bringt ihr sie auf den Rollstuhl?*“ Und allein beim Zuschauen habe ich die Rückenschmerzen aller Beteiligten vor mir gesehen und hab gesagt: „*Ihr habt einen ambulanten Pflegedienst, haben die das euch erklärt? Nein!*“ (EP 10, Position 22). Um mit der Familie ein qualifiziertes Gespräch führen zu können, müssten die akademisch qualifizierten Pflegekräfte „(...) *in der Lage sein diese Informationen zusammenzubringen, zu strukturieren und anschließend zu schauen, wo ist der größte Bedarf?*“ (EP 10, Position 28).

Des Weiteren beschreibt eine Fokusgruppenteilnehmerin die Bedarfserhebung von Pflegehilfsmitteln, ergänzend zu dem Pflegebedarf und der Bedarfe der Angehörigen, zur sachgerechten Versorgung der Klienten. „(...) *also für mich ist das ein ganz normaler Vorgang, dass die Pflegefachkraft vor Ort sieht, was wird gebraucht*“ (FK 3, Position 126) ergänzt durch eine Interviewteilnehmerin die hinzufügt „(...) *Wer soll das sonst wissen, wie das ob man ein Hilfsmittel braucht ein Lifter braucht oder was anderes, wie eine Pflegefachkraft.*“ (FK 3, Position 128). Die Bedarfserhebung und den Einsatz externer Akteur*innen läge in den Kompetenzen der aqP „(...) *ja ich (aqP) sehe den Unterstützungsbedarf, ob jemand zu Beispiel eine Krankengymnastik oder eine Logopädie oder [ei]ne Ergotherapie benötigen würde*“ (FK 1, Position 71).

6.1.7.3 Ausübung von Heilkunde (§ 63 Abs. 3c, § 64d SGB V)

Nach Auffassung eines Einrichtungsleiters sollten akademisch qualifizierte Pflegekräfte im Rahmen der Ausübung von Heilkunde für Heilmittel „(...) *vollumfänglich überall und weiterführend evtl. [für] bestimmte Schmerzindikationen oder in der Schmerzsituation*“ (EP 1, Position 23) befähigt sein. Durch die Kontrollinstanz in Form der zuständigen Apotheke könnten mögliche Wechselwirkungen ausgeschlossen werden, „(...), *weil pharmakologisch sind wir natürlich nicht so aufgestellt, wie ein Mediziner, auch wenn da Fehler passieren, aber man hat ja immer die Kontrollinstanz von der belieferten Apotheke*“ (EP 1, Position 23). Das Verschreiben von Medikamenten stelle für ihn eine Grenze in der Rezeptierung von Heilmitteln dar „(...) *das machen Ärzte und diese Verantwortung sollte da auch bleiben, weil daher kommt das, also das sind die Spezialisten*“ (EP 1, Position 23). Dies wird ebenfalls von einer Teilnehmenden der Fokusgruppe benannt und ergänzt die vorhergehende Expert*innenmeinung, dass „(...) *wenn man sich auf die neue Pflegeberufereform berufen [würde] und die vorbehaltenen Tätigkeiten mit dem Pflegeprozess und den zu steuern und [...] der Ansatz mit den Hilfsmitteln oder auch [...] therapeutische Ansätze muss man natürlich gucken, wo zieht man da die Grenze*“ (FK 1, Position 71).

Ergänzend dazu wird innerhalb der Fokusgruppen von mehreren Teilnehmenden geäußert, dass sie das Ausstellen von Rezepten als eine wichtige Tätigkeit einschätzen „(...) *und das ist das wo ich denke, das kann auch eine Pflegefachkraft auch entscheiden und vielleicht auch so ein Rezept ausschreiben*“ (FK 1, Position 72), „(...) *wo dann Patienten nur noch auf ein Rezept warten oder den Arztbrief, wo ich denke könnte ich mir gerade auch noch zutrauen ein Ibuprofen-Rezept auszustellen*“ (FK 1, Position 73). Eine Teilnehmende schließt diesbezüglich die Anmerkung an, dass dies ihrer Meinung nach eine Zusatzqualifikation benötige, um „(...) *Verordnungen ausstellen zu können und dann brauche ich gewisse Qualifikationen oder das Studium*“ (FK1, Position 80).

Mehrere Expert*innen äußerten, dass die Wundversorgung ein Bereich sei, der häufig von Mediziner*innen übernommen werde, „(...) *wo man sich aber auch fragen muss, ist es bei den Pflegenden nicht besser aufgehoben?*“ (EP 5, Position 18). Die Wundversorgung wäre ein Thema, das sehr viele pflegerischen Anteile beinhalte, „(...) *wie die richtige Ernährung, den richtigen Umgang, [das] Körperbilderleben ist verändert, die Menschen haben oft Probleme zu sagen: ‚Nee mit dieser Wunde, ich möcht nimmer raus, des könnt ja durchschlagen, des könnt anfangen zu riechen‘ und so weiter, ja? Und hier ist ja ein ganz großer Anteil Pflege*“ (EP 5, Position 24). Ein Arzt berichtete, dass er sich weigere für Katheter- und Sondenwechsel zu Hausbesuchen zu fahren, sondern darauf bestehe, „(...) *dass primär eine Pflegefachkraft sich die Situation anschaut und mir telefonisch eine Ansage macht, was ist eigentlich das Problem*

vor Ort?“ (EP 10, Position 36). Eine Pflegekraft schätzt dazu ein: „(...) zu 90 % entscheiden wir das, weil wir die Fachexpertise haben. Also wir sagen die Reha oder wir sagen zum Arzt der Rollstuhl passt nicht“ (FK 2, Position 19).

Ergänzend benennen die Teilnehmenden der Fokusgruppen weitere Tätigkeitsfelder: „(...) innerhalb der Psychiatrie“ (FK1, Position, 38), „(...) auch die Blutabnahme“ (FK 1, Position 6), sowie die Begleitung bei chronischen Erkrankungen wie „(...) die einzelnen Fachrichtungen Onkologie oder andere. Diabetes ist ja auch ein großes Thema, was aufgefangen werden müsste“ (FK 1, Position 19).

Zwei Faktoren, die laut einer Teilnehmenden für die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten sprechen, seien zum einen der zeitliche Aspekt und zum andern der Ermöglichung von mehr Flexibilität für Patient*innen. „(...) eigentlich wenig Möglichkeiten da sind, um einen Termin auszumachen, schon mal bei einem Facharzt was diese chronischen Erkrankungen betrifft und man konnte dann auch nicht mehr gut wechseln also wenn was dazwischen gekommen ist, das konnte man fast gar nicht mehr handeln, weil es gab keine anderen Möglichkeiten“ (FK 1, Position 2). Zusätzlich spräche die Entlastung der Ärzt*innen und deren zeitliche knappen Ressourcen dafür an dieser Stelle vermehrt aqP einzusetzen: „(...) jetzt Ärzte oder Fachärzte, aber die haben keine Zeit, oder die denken dann halt durch diesen Zeitmangel, weil sie von Patient zu Patient hektisch wechseln, dass das eigentlich auch mal eine Möglichkeit wäre, wenn ich mir ein bisschen länger und gründlicher anschauen würde, was der Patient jetzt da mitbringt an Problemen und Dokumentation von Werten, dass das eigentlich auch mal an der Zeit wäre nochmal ein ganz anderer Ansatz zu machen“ (FK 1, Position 72).

Das Verordnen von Pflegehilfsmitteln durch Pflegekräfte wäre laut einer Expertin sinnvoll, da die Pflege nach wie vor stark von anderen Berufsgruppen abhängig sei „(...) jeder Rollstuhl, jeder Rollator, was auch immer wird gerade von einem Arzt verordnet und die, die es eigentlich wissen, was es wirklich braucht müssen immer jemandem anderen sagen: das brauchen wir. Wir, die ja die Profis sind, die den Alltag planen, die den Pflegeprozess planen, die die Interventionen planen, die ja genau wissen, wann was gebraucht wird, sind immer von anderen abhängig“ (EP 1, Position 19).

6.1.7.4 Direkte Patient*innenversorgung

Eine Teilnehmende der Fokusgruppe gibt an, wie wichtig es sei für akademisierte Pflegekräfte „(...) das Fachliche, die ganzen Schwerpunkte auszuweiten und Patientenbetreuung zu übernehmen (FK 1, Position 3). Eine weitere Interviewteilnehmerin beschreibt die direkte

Tätigkeit als „(...) *elementare[s]/ unser Herzstück*“ (FK 3, Position 16) der Pflege „(...) *da erhoffe ich mir eigentlich von der Akademisierung, dass wir da einen Weg finden, dass man das wieder attraktiver gestaltet, direkt, die Arbeit mit dem Menschen*“ (FK 3, Position 16). Ziel sei es, die akademisierte Pflege „(...) *auf die Wohnbereiche, direkt an den Kunden, direkt an die Patient*innen*“ (FK 3, Position 16) zu bekommen.

6.1.8 Case Management

Der Aufgabenbereich der Case Manager*innen sei aufgrund der eigenständigen Entscheidungsfindung für akademisch qualifizierte Pflegekräfte ein spannendes Berufsfeld (EP 2, Position 51). Innerhalb der Aufgabe des Case Managements wurden folgende Tätigkeiten auf der Handlungsebene genannt: Schnittstellenmanagement, Krisenmanagement und Monitoring.

6.1.8.1 Schnittstellenmanagement

Als Teil der Steuerungsaufgaben einer aqP wird innerhalb der Fokusgruppe die Schnittstellenkommunikation benannt „(...) *also bei Schnittstellen, überall wo zusätzliche Kommunikation erforderlich ist, wo im normalen Alltag nicht unterzubringen ist*“ (FK 2, Position 22). Eine interviewte Person gibt an, dass pflegebedürftige Menschen oftmals nicht ausreichend informiert seien, um sich im deutschen Gesundheitswesen zurechtzufinden. Akademisch qualifizierte Pflegekräfte könnten hierbei „(...) *tatsächlich auch eine maßgebliche Rolle spielen. Das ist das, was ich vorhin meinte mit kontinuierlicher Begleitung über Sektorengrenzen hinweg vom Arzt zur Heilmittelversorgung*“ (EP 3, Position 18).

Als Beschreibung für das Schnittstellenmanagement wird von einer Teilnehmerin die „(...) *Überleitung, das Entlassmanagement zu koordinieren*“ genannt. „*Die Kommunikation läuft quasi über die Mitarbeiterin, die eine Überleitung dann schreibt und über die Leitung, die das an unsere gemeinsame Mitarbeiterin dann weitergibt*“ (FK 3, Position 148).

6.1.8.2 Krisenmanagement

Eine akademisch qualifizierte Pflegekraft berichtet, dass sie in ihrer Einrichtung neben der stationären Langzeitpflege auch ein betreutes Wohnen hätten. In Notfallsituationen könnte sie in diesem Bereich als Pflegekraft nicht adäquat agieren, da „(...) *einfach viele Informationen fehlen*“ (EP 8, Position 30). Daraufhin habe sie die Initiative ergriffen und die relevanten Daten in das System eingepflegt, sodass „(...) *in einer Notfallsituation auf alle wichtigen Daten zugegriffen werden kann, habe das mit den Betreuern, mit den Angehörigen und den Bewohnern besprochen, das wurde super angenommen und habe das dann eben auch umgesetzt*“ (EP 8, Position 30).

6.1.8.3 Monitoring

Eine Fokusgruppenteilnehmerin beschreibt die positiven Effekte, die durch ein kontinuierliches Monitoring durch aqP entstehen können, insbesondere in der Vermeidung von häufigen Krankenhausaufenthalten *„(...) dass die Patienten auch viel Zuhause sein können und so wenig wie möglich, so kurz wie möglich im Krankenhaus nur sein müssen“* (FK 1, Position 20). Ergänzt durch eine weitere Teilnehmende, die beschreibt, *„(...) dass die nicht jedes Mal in die Klinik kommen müssen“* (FK 1, Position 22). Potenzielle Komplikationen, wie *„(...) nosokomiale Infektionen“* (FK 1, Position 17) könnten dadurch vermieden werden.

6.1.9 Qualitätsmanagement

Innerhalb der Kategorie des Qualitätsmanagements werden Aspekte und Herangehensweisen beschrieben, die eine systematische Verbesserung der pflege(-fachlichen) Qualität zum Ziel haben. Des Weiteren werden Herausforderungen und Problemstellungen thematisiert, für welche der Einsatz einer aqP benötigt wird. Auf der Handlungsebene beschreibt diese Kategorie folgende Tätigkeiten: Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die Prozessoptimierung.

6.1.9.1 Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung

Innerhalb dieser Kategorie gab eine Expertin an, dass die Pflegequalität deutlich gesteigert werden könne, *„(...) indem man einfach auch Zahlen, Daten und Fakten hat, um zu schauen wo will man hin, wie kann man das Ganze erreichen und wie wird das Personal dafür bestmöglich vorbereitet oder eingesetzt“* (EP 8, Position 66). Die Früherkennung von Wunden und Mangelernährung hätte *„(...) langfristig auch einen Erfolg für die Einrichtungen, auch eine finanzielle Entlastung einfach, wenn da nicht so viel Zeit und Geld dann da Fachpersonen für die Schadenregulierung/Schadensbegrenzung benutzt werden muss“* (EP 7, Position 28). Akademisch qualifizierte Pflegekräfte könnten die alltägliche Pflegequalität auf ein anderes Niveau heben, dass auch *„(...) die Hilfskräfte eben erleben, dass es nicht nur darum geht: Ich habe heute acht Leute gewaschen und hoffentlich gesagt da war [ei]ne Rötung am Gesäß, sondern da gibt es dann quasi eine weitere Entwicklung, also was bedeutet das, wo kommt die her, wie häuft sich das? Warum ist das so? Was gibt es für Interventionsmöglichkeiten? Was gibt es für Schulungsbedarf? Was gibt es für Entwicklungspotenziale? Damit die Leute bessere Kräfte werden, also die wären für mich der Anker, um die Pflegequalität maßgeblich zu beeinflussen“* (EP 1, Position 15).

In ähnlichem Kontext beschreiben mehrere Fokusgruppenteilnehmende *„(...), dass die Qualität einfach in den letzten Jahren einfach so ein bisschen Land gelassen hat.“* (FK 3,

Position 63) Eine Teilnehmende sähe die Aufgabe des Qualitätsmanagements durch akademisierte Pflegende in „(...) *Schulungen was Qualität betrifft, Arbeitsqualität*“ (FK 1, Position 56). Eine weitere Teilnehmende führt diesen Gedanken weiter „(...) *dieser Experte schult Mitarbeiter und nämlich die Mitarbeiter sind dafür verantwortlich, dass eine gute Pflegequalität*“ (FK 1, Position 33) praktiziert würde.

6.1.9.2 Prozessoptimierung und Ergebnisoptimierung

Dazu bezieht sich ein Experte auf bestehende Studienergebnisse und beschreibt eine sinkende Sterblichkeitsrate, die durch die Akademisierung erzielt werden kann. Dies sieht er als Argumentationsgrundlage für die Implementierung von aqP in Einrichtungen. Der Kern eines Pflegestudiums liege darin, die Versorgung im Alltag auf *das „(...) nächste Level“* (EP 1, Position 27) zu heben. Eine Fokusgruppenteilnehmende berichtet diesbezüglich: „(...), *dass es ein großer Unterschied ist, ob ich jemanden akademisiert habe, der die Wundbehandlung macht im Vergleich zu jemanden, der sie mit einer dreijährigen macht*“ (FK 3, Position 39).

Mit der erweiterten Pflegepraxis wäre es möglich, durch gleiche Ausgaben eine „höhere Lebensqualität“ zu erzielen (EP 4, Position 35). Eine akademisch qualifizierte Pflegekraft gab an, dass sie in ihrer Einrichtung den Kassen gegenüber pro Quartal sogenannte „Erfolgsgeschichten“ nachzuweisen hätten. Diese beinhalteten z.B., dass eine Patientin seit Beginn der Beratung bspw. „(...) *bis jetzt 20 kg abgenommen*“ (EP 6, Position 72) habe.

6.2 Rahmenbedingungen

Neben den Aufgaben und Tätigkeiten, die von den Teilnehmenden benannt werden, werden auch ein breites Set aus Rahmenbedingungen beschrieben, die für die Umsetzung der Aufgaben und Tätigkeiten notwendig werden. Diese werden entlang verschiedener Aspekte im Folgenden beschrieben. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass für manche, breiter angelegte und in mehreren Zusammenhängen diskutierte Themen, wie beispielweise für den Fachkräftemangel oder die generalistische Pflegeausbildung, auf eine eigene Auswertungskategorie verzichtet wurde. Gemäß des hier vorliegenden Forschungsansatzes ordnen sich diese – zweifellos wichtigen Themen – der Akademisierung unter. Sie fließen folglich auch in die Betrachtung mehrerer Rahmenbedingungen ein.

6.2.1 Fehlende Rahmenbedingungen in Bezug auf Verantwortung und Haftung für heilkundliche Tätigkeiten

Dazu berichtete ein Arzt, dass sobald die Tätigkeiten der akademisch qualifizierten Pflegekräfte den medizinischen Bereich tangierten, „(...) *muss es klar sein, wer trägt die Verantwortung, auch wenn's schief geht*“ (EP 9, Position 26). Zudem hätte er aus ärztlicher

Sicht kein Problem damit, dass wenn akademisch qualifizierte Pflegekräfte entscheiden würden, dass sie bspw. Hilfsmittel benötigen und auch dies selbst verantworteten „(...), weil das weiß die Pflege besser als ich, also da habe ich auch Null, Null Ehrgeiz mich darüber hinwegzusetzen“ (EP 9, Position 40). Ärztliche und pflegerische Tätigkeiten seien - soweit möglich - klar voneinander abzugrenzen, sodass geregelt sei, wer für welchen Bereich zuständig ist „(...) ist es die Pflegekraft oder ist es der Arzt“ (EP 9, Position 29). Zudem äußerte eine interviewte Person, dass die Beschäftigung akademisch qualifizierter Pflegekräfte eine „(...) klare Definition ihrer Aufgabenstellung“ (EP 10, Position 32) mit Kompetenzbenennungen benötige „(...) „Moment mal, für die gesamten Prophylaxen bin ich der Profi“ (EP 10, Position 38).

Eine Krankenkassenvertreterin äußerte, dass die Rahmenbedingungen heilkundlicher Tätigkeiten weniger aufgrund von Qualifikationen problematisch wären „(...), sondern aufgrund des Konstrukts, dass Ärzte ja an jemanden delegieren müssten, der nicht bei ihnen angestellt ist. Und wer haftet dann?“ (EP 2, Position 9). Hierzu hätten sie überlegt, ob es eine Möglichkeit gäbe, dass die Pflegenden zu einem bestimmten Prozentsatz bei zuständigen Ärzten*innen angestellt sein könnten „(...), dann wäre die Haftungsfrage geklärt, weil dann eben durch die direkte Anstellung beim Hausarzt beispielsweise die Haftung bei ihm liegen würde“ (EP 2, Position 11). Im Zuge dessen hätten mit der Kassenärztlichen Vereinigung mehrere Gespräche stattgefunden „(...) die sehen das auch als ein sehr großes Eisen an und wir haben es jetzt auch adressiert gegenüber dem GKVS Fonds im Kontext Rahmenvereinbarungen nach 64d SGB V dass da eine juristische Prüfung erfolgen muss, wie das haftungsrechtlich ausgetragen werden kann“ (EP 2, Position 11).

Nach Auffassung einer weiteren Krankenkassenvertreterin wäre es nicht denkbar, dass Pflegekräfte mit heilkundlichen Kompetenzen als eigenständige Leistungserbringer*inner fungieren „(...) die sind ja angestellt beim Pflegedienst oder auch beim Arzt oder Krankenhaus und es geht auch um nicht unbedingt eine wirtschaftliche Eigenverantwortung zu geben, weil das macht ja eigentlich der Pflegedienst. Der muss das übernehmen auch die haftungsrechtliche Verantwortung“ (EP 3, Position 24). Durch das erfolgreiche Abschließen der Module zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten seien Pflegekräfte befähigt, Heilkunde auszuüben, dafür müsse die Pflege „(...) haftungsrechtlich abgesichert sein. Das macht aber nicht die Pflegefachperson für sich alleine, sondern das ist ja ihre Anstellung also ihr Arbeitgeber“ (EP 3, Position 26).

6.2.2 Fehlende Rahmenbedingungen für die Übernahme von Heilkunde

Innerhalb dieser Subkategorie berichtete eine Krankenkassenvertreterin, dass die Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss von 2012 zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege einen anderen Fokus gehabt hätte „(...) *Da hatten wir ja eigentlich noch den Einzelkämpfer im Blick. Also vor 12 Jahren hatten wir ein ganz anderes Versorgungssystem vor Augen. Da war der Einzelkämpfer Arzt, Vertragsarzt vielleicht auch mal in der Berufsausübungsgemeinschaft, aber es war die Pflegefachperson, die Heilkundeübertragung macht, das war ja für uns nicht im Blick.*“ (EP 3, Position 26). Die damalige Richtlinie hätte keine direkte Versorgung durch die Pflege vorgesehen „(...) *diese GBA-Richtlinie, die damals zustanden kam, die sieht ja keinen direct-access vor zur Pflege. Also ich kann als Versicherter nicht sagen: „Ich möchte jetzt Heilkundeübertragung machen und ich gehe jetzt zu der Pflegefachperson und die versorgt mich jetzt“. Das läuft immer über den Arzt*“ (EP 3, Position 32). Innerhalb der letzten zehn Jahre hätten sich zudem die Versorgungsstrukturen verändert „(...) *wir überlegen ja eher teambasierte Versorgungsstrukturen aufzubauen spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wo ein Team aus unterschiedlichen Disziplinen gemeinsam die Versorgung übernimmt*“ (EP 3, Position 26).

Die neuen Module, welche durch die Fachkommission erarbeitet wurden, zielten auf die Versorgung chronisch erkrankter Menschen ab sowie die Erprobung von APN. Das Pflegeberufgesetz sehe vor, dass die Pflegekräfte nur über Examen durch die Pflegeschulen befähigt seien, heilkundliche Tätigkeiten auszuüben. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, die Absolvent*innen von Studiengängen wie z.B. Community Health Nursing direkt nach dem Abschluss dazu zu befähigen. Dies habe das Bundesministerium für Gesundheit nicht umgesetzt. „(...) *nicht nur über Examen über die Pflegeschule, staatliches Examen, so wie es das Pflegeberufgesetz vorsieht, sondern auch Community Health Nursing aus Dresden aus dem Hochschulstudium, wenn die fertig sind die automatisch zuzulassen für die Versorgungsform und es ist etwas, was das BMG nicht gemacht hat*“ (EP 3, Position 32). Ihrer Ansicht nach seien die Module in die grundständige Ausbildung mit zu integrieren, „(...) *sodass dass alle Pflegefachpersonen, die eine schulisch[e] oder hochschulische Qualifizierung haben und den Abschluss geschafft haben, dass die dann befähigt sind* (EP 3, Position 24).

Zudem berichtete ein Projektleiter, dass das Verschreiben von Hilfsmitteln aufgrund fehlender Bedingungen nicht möglich wäre „(...) wenn jemand einen Rollator braucht oder einen Badewannengriff oder so, dann muss man halt eine Verschreibung machen. Und erstmal braucht man einen Verschreibungsblock, fangen wir mal an, gibts nicht. Dann wenn man den hat, braucht man dann eine Arztnummer nochmal auf dem Verschreibungsblock, welchen Arzt

man hat, welche Pflegefachkraft hat denn eine Arztnummer?“ (EP 4, Position 16). Dazu gab eine akademisch qualifizierte Pflegekraft an, dass dies voraussetzte, dass, „(...) die Pflegekräfte erstmal darüber informiert werden oder wissen, wie man das dann macht, also was dazugehört, bei welcher Indikation so eine Verordnung erfolgt und natürlich auf welchem Weg das dann durchgeführt wird, ob das ein schriftlicher Antrag ist oder wie das Ganze eben in der Durchführung aussieht“ (EP 8, Position 96).

Den Bedarf der Abgrenzung, sowie für Richtlinien, welche Tätigkeiten von wem ausgeführt werden dürfen, beschreibt ein Teilnehmer der Fokusgruppen *„(...) ich muss glaube ich daran was festmachen und das ist dann eben auch ob das eben eine Zinksalbe ist oder eben Insulin oder bis hin zu [ei]nem Schmerzmittel, was vielleicht ein Betäubungsmittel ist, kann ich jetzt nicht guten Gewissens... ja das kann man direkt nach [ei]ner Pflegeausbildung ... ne, da braucht eine gewisse Qualifikation dafür und das muss nicht unbedingt eine akademisierte Pflegequalifikation sein, aber es braucht eine Erfahrung und eine gewisse Kompetenz dafür ... da müsste man dann wirklich festlegen wer könnte sowas auch verordnen und in welchem Rahmen?“ (FK 1, Position 78). Es bräuchte für einen weitere Fokusgruppenteilnehmende mehr Abgrenzung in Form von *„(...) gesetzliche Vorschriften oder Richtlinien“ (FK 1, Position 84). Ein Teilnehmer benennt bildungsspezifische Qualifikationsniveaus (QN) als eine Möglichkeit. Seiner Ansicht nach würde sich ein Masterabschluss, der eine (Fach-) Spezialisierung beinhaltet, eigenen, um Tätigkeiten wie die Medikamentengabe zu übernehmen. Er beschreibt weiterführend die Herausforderung, die die verschwimmenden Grenzen mit dem Aufgabenbereich der Mediziner*innen darstellen. „(...) dort sind wir ja so in [ei]nem Bereich von Ärzten und Medizinstudium und wo grenzen wir das ab? Also dürfen wir das Blutdruckmedikament geben, nein, aber das Schmerzmedikament“ (FK 1, Position 92).**

Durch eine weitere Teilnehmende wird die Schwierigkeit benannt, eine Akzeptanz für pflegerische Verordnungen zu erreichen. *„(...) dieses Pflegehilfsmittel verordnen schön und gut, aber ich bin relativ sicher, dass wird bei den Kassen noch lange sein und auch bei den Ärzten. Dass die sagen, was erdreistet ihr euch. Ist ja bei der Wundversorgung immer noch so“ (FK 3, Position 129). Zusätzlich benennt die Teilnehmende einen damit verbunden bürokratischen Aufwand, der sowohl einen zeitlichen als auch einen finanziellen Verlust an der direkten Pflege bedinge *„(...) kostet bei den Ärzten sehr viel Geld. Kostet bei uns sehr viel. [...] dieses Geld könnte man sehr gut umsetzen in tatsächliche Pflegearbeit“ (FK3, Position 135). Ergänzt durch einen weiteren Teilnehmer, der dies ebenso beschreibt *„(...), dass wir als Pflegeeinrichtung autonom Pflege gestalten können und da auch entbürokratisiert, die finanziellen Mittel zur Verfügung haben“ (FK 3, Position 218).***

6.2.3 (Fehlende) Rahmenbedingung für Modellvorhaben

Nach Aussage einer Krankenkassenvertreterin betrage die Laufzeit von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c acht Jahre mit Evaluation und wäre jetzt auf vier Jahre gekürzt worden. Dies sei *„(...) sportlich bis kaum machbar“* (EP 3, Position 24). Zudem bezögen sich die Inhalte auf *„(...) diesen uralten Katalog, der vor 12, 13 Jahren festgelegt wurde im GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss)“* (EP 3, Position 24). Auf Basis der Evaluationsergebnisse entscheide sich, ob dies *„(...) in die Regelversorgung kommen kann“* (EP 4, Position 13). Die Krankenkassen hätten dabei kein Mitspracherecht, *„(...), sondern der GBA und das geht dann über die gängigen Gremien bis hin zu möglichen Gesetzesänderungen oder Änderungen von Bundesmantelverträgen oder Rahmenvereinbarungen etc.“* (EP 4, Position 13). Zudem müssten die Kassen darauf warten, bis die Richtlinien für § 64d zwischen dem GKV-Spitzenverband und der kommunalpolitischen Vereinigung verabschiedet seien *„(...) das wird Ende März der Fall sein und dann haben die Kassenverbände der Länder Zeit bis zum 01.01.23 in die Umsetzung von Modellprojekten zu gehen und das hängt auch ein Stück weit davon ab, in welchen Indikationsgebiet man beginnt“* (EP 4, Position 28). Dazu äußerte ein Projektleiter, dass im Kontext der Erarbeitung der Rahmenvereinbarungen der Pflegerat angehört werden würde *„(...) und dass man da nicht gleich auf die Knie fällt und sagt: Danke, dass wir überhaupt gehört werden ist ja alles und daran merkt man, dass wir hier schön diskutieren können, dass aber die Rahmenbedingungen des System letztendlich festlegen, wer da Freiräume oder auch Einsatzräume für Pflegende schafft“* (FK 4, Position 11).

Dazu berichtete eine weitere Projektleitung, dass sie in ihrem Projekt eng mit der Gemeinde zusammengearbeitet hätten. Im Rahmen dessen erhielten alle 65- bis 85-Jährigen einen Brief, *„(...) dass sie einen Hausbesuch bekommen könnten und daraufhin war die Rücklaufquote viel, viel höher, als das, was wir bewerkstelligen konnten“* (FK 4, Position 16). Ihrer Ansicht nach müssten die Informationsläufe niedrighschwelliger angesetzt sein, sodass die Angebote bekannter wären. Dies sei *„(...) eine Bedingung, die vor Ort eben angepasst werden muss“* (FK 4, Position 16). Des Weiteren benötige es Vertrauen von Seiten der älteren Patient*innen *„(...) das dauert einfach, die brauchen auch erstmal Vertrauen, die Gewissheit, dass das, was da passiert, wirklich gut ist“* (EP 4, Position 37).

Eine Fokusgruppenteilnehmerin gibt wieder, dass ihre Einrichtung keine Projektstellen mehr annehme, da es häufig bereits vor Beendigung und Auslaufen der Fördermittel dazu komme, dass die Beteiligten zu festen Neueinstellungen wechseln würden. *„(...) wir machen keine Projektstellen mehr. Da hättest du natürlich eine akademisierte Pflegeperson, die hat 3 Jahre einen Job. Nach 1,5 Jahren beginnt sie da wieder rauszugehen, weil sie auf einer Projektstelle*

sitzt und weil sie sich sagt, ich will doch nach Ablauf der anderen 1,5 Jahre auch noch irgendwo arbeiten“ (FK 3, Position 166).

6.2.4 Qualifikationsniveaus

Innerhalb der Kategorie äußerte eine Expertin, dass es zukünftig wichtig wäre, nicht von akademisierten Pflegekräften zu reden, da der Begriff recht unklar sei, sondern zwischen „(...) *Master qualifizierten oder Bachelor qualifizierten*“ (FK 4, Position 6) zu differenzieren, weil ein großer Unterschied bestehe, ob jemand auf Bachelor oder Masterniveau qualifiziert sei (FK 4, Position 6). Dazu berichtet eine Projektleitung, dass sich in ihrem Projekt die Zusammenarbeit mit Pflegekräften auf Bachelorniveau sehr bewährt habe „(...) *auf der unteren Schiene sozusagen auf der häuslichen Umgebung*“ (FK 4, Position 8). Um bei der Kommune angestellt zu sein und als CHN arbeiten zu können „(...) *müsste man sicherlich mit einem Masterabschluss arbeiten*“ (FK 4, Position 8).

Im internationalen Vergleich sei Deutschland hintendran „(...) *wenn man jetzt in die Schweiz schaut mit dem deutlich höheren Qualifikationsniveau*“ (EP 1, Position 39). Das neue Personalbemessungsinstrument könne einen „(...) *echten Rahmen für die Einsatzmöglichkeiten biete[n], weil da ab dem QN (Qualifikationsniveau) 5 dann eben auch Stufen benannt sind, wo studierte Pflegekräfte eben in den Alltag integriert werden können*“ (EP 1, Position 39). Eine gegensätzliche Perspektive teilt ein Fokusgruppenteilnehmer. Er sei mit den bestehenden Strukturen zufrieden und sähe keinen Bedarf, verschiedene Qualifikationsniveaus zwischen akademisierten und nicht akademisierten Pflegekräften zu definieren „(...) *ob die studiert sein müssen spielt jetzt keine Rolle... die Weiterbildung hat sich bewährt und scheint auch gut zu funktionieren und ich denke, dass es da auch weitere Bereiche gibt*“ (FK 1, Position 30). Die Bedeutung des Fortbestandes des Ausbildungsberufes betont die Interviewteilnehmerin wie folgt: „(...) *also ich glaube wir kriegen keine Einrichtung hin [in der] alle akademisiert sind und das wollen wir ja auch nicht, das soll ein Ausbildungsberuf bleiben*“ (FK1, Position 36).

6.2.5 Zusatzqualifikationen

Ein Einrichtungsleiter gab an, dass er akademisch qualifizierte Pflegekräfte leichter in den Alltag integrieren könne, „(...) *wenn sie Zusatzqualifikationen mitbringen*“ (EP 1, Position 15). Besonders das Thema Schmerz sei im Setting der stationären Langzeitpflege hochrelevant. „(...) *ob es nicht da auch Möglichkeiten gibt, speziell qualifizierte Pflegefachkräfte auch dazu zu befähigen, in diesem Bereich tätig zu sein*“ (EP 1, Position 23). Je nach Lehrinhalten könnten aqP heilkundliche Tätigkeiten übernehmen, wenn diese „(...) *dann auch dementsprechend befähigt und geschult sind*“ (EP 1, Position 23). Dazu berichtete ein

Projektleiter, dass die Modulinhalte nach SGB V § 64d¹⁰ für Pflegekräfte ein riesiger Aufwand wären, da diese mit einer „(...) *mündliche[n], praktische[n] und schriftliche[n] Prüfung*“ (EP 4, Position 14) verbunden seien und *insgesamt „(...) 2800 Stunden* (EP 4, Position 16) umfassten. Zudem wären die Pflegekräfte mit dem Curriculum unterfordert gewesen „(...) *das kann ich schon alles, warum muss ich das nochmal lernen?*“ (EP 4, Position 14). Dazu äußerte eine Krankenkassenvertreterin, dass sie sich gut vorstellen könne, die Module zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in die grundständige Ausbildung zu integrieren und „(...) *alle Pflegefachpersonen, die eine schulische oder hochschulische Qualifizierung haben und den Abschluss geschafft haben, dass die dann befähigt sind*“ (EP 3, Position 24).

Innerhalb der Fokusgruppen kommt es zu gehäuften Mehrfachnennungen in den Bereich der Zusatzqualifikationen „(...) *Gerontopsychiatrie ist einer, dann Praxisanleiter ist einer, Hygiene*“ (FK 3, Position 4) sowie „(...) *Palliative Care*“ (FK 3, Position 9). Des Weiteren formuliert eine Teilnehmende settingspezifische Zusatzqualifikationen im „(...) *ambulanten [...] Gemeindebereich also Public Health Bereich gibt es eine Weiterbildung. Was haben wir denn alles. Wundexperten gibt es*“ (FK 3, Position 86). Um den beratungsspezifischen Bereich ergänzt eine weitere Teilnehmende „(...) *Diabetesfachberatung*“ (FK 1, Position 72).

6.2.6 Professionalisierung

Die Kategorie Professionalisierung setzt sich aus der Professionalisierung der Praxis, dem Selbstbild der Pflege, der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der berufspolitischen Perspektive zusammen.

6.2.6.1 Professionalisierung der Praxis

Innerhalb dieser Kategorie gab eine interviewte Person an, dass es in der direkten Versorgung Personen benötige, die sowohl die „(...) *wissenschaftliche Versorgung*“ (EP 7, Position 17) als auch die „(...) *fachliche richtige Versorgung in der Praxis umsetzen*“ (EP 7, Position 17). Akademisch qualifizierte Pflegekräfte könnten die Professionalisierung der Pflege vorantreiben, „(...) *da sie [in] der direkten „Hands-on-Pflege“ tätig seien und zusätzlich wissenschaftliche Tätigkeiten ausübten*“ (EP 1, Position 7).

Mehrere Fokusgruppenteilnehmer*innen benennen die Spanne der Einsatzmöglichkeiten „(...) *Da brauchen wir die Leute am Bett. Wir brauchen aber auch die Möglichkeit zum promovierten Pflegewissenschaftler*“ (FK 3, Position 25). Die Anforderungen seien sehr komplex geworden

¹⁰ Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

und, um allen Aufgaben gerecht zu werden, *„reiche eine dreijährige Ausbildung nicht immer aus“* (EP 5, Position 9).

Ein wiederkehrender Aspekt innerhalb der Fokusgruppen ist der Zusammenhang von akademischer Qualifikation und der Versorgungsqualität *„(...) gerne mit einem Bachelor oder mit einem Master, nochmal so ein weiterer Bestandteil sein um die Versorgungsqualität deutlich zu verbessern“* (FK 1, Position 6).

6.2.6.2 Selbstbild der Pflege

Zum Selbstbild der Pflege gab eine aqP an, dass die akademisch qualifizierten Pflegekräfte ihren eigenen Wert selbst kennen und selbstbestimmt vertreten müssen. *„(...) und nicht sofort das annehmen, was einem angeboten wird, sondern sagen und auch zeigen, was man kann und dementsprechend auch das einfordern, was man verdient“* (EP 6, Position 62). Die akademisch qualifizierten Pflegekräfte hätten viel mehr Kompetenzen, als sie sich selbst zuschreiben und könnten somit auch *„(...) mehr Verantwortung übernehmen“* (EP 5, Position 5), wären aber nicht bereit *„(...) zu verantworten, was sie machen“* (EP 10, Position 40).

Kontrastierend hierzu erklärt ein Fokusgruppenteilnehmer *„(...) reglementier[t] und fremdbestimmt, wie es die Pflege ist als „(...) ein Anschlag auf den Selbstwert der Pflege“* (FK 3, Position 119). Dazu komme das Streben nach *„(...) Definitionsmacht [...], was Pflege ist. So und dann hätten wir die Beinfreiheit“* (FK 3, Position 99).

6.2.6.3 Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Der Bildungshintergrund sei entscheidend, um *„(...) sich mit Medizinern oder mit anderen Professionen irgendwie auszutauschen“* (EP 5, Position 72). Ergänzt wird dies innerhalb der Fokusgruppe *„(...) das ist auch ein Grund, weswegen es eine starke, aus meiner Sicht, eine starke Akademisierung braucht, damit Pflege sich emanzipieren kann“* (FK 3, Position 97). Für ein Arbeiten auf Augenhöhe, gelte der Status *„(...) das ist aber in allen Branchen so, das ist nicht abhängig von der Pflege oder von anderen Dingen, sondern das ist überall so, das ist die Promotion im akademischen Bereich, oder die Professur und genauso ist es eben, wenn man mit Ärzten auf Augenhöhe sein will“* (EP 4, Position 30).

Abhängigkeiten auf monetärer Ebene sowie durch die Dominanz von interprofessionellen Partnerschaften werde von einem Teilnehmenden als *„(...) Anschlag auf die Profession Pflege“* (FK 3, Position 97) gewertet. *„(...) mit einer Professionalisierung durch die Akademisierung mit eigenen Ideen, aber man lässt sie nicht diese Ideen, die sie auch haben, umsetzen in der Praxis. Entweder fehlt die Knete auf der einen Seite oder aber die Dominanz des*

Medizinsystems auf der anderen Seite. Und das ist ein Anschlag. [...] Gebt uns [gerichtet an Krankenkassen und Pflegekassen] doch einfach das gleiche Geld, wie ihr uns jetzt gebt. Haut jedes Jahr die tarifliche Steigerung drauf und lass uns machen“ (FK 3, Position 97), beschreibt ein Teilnehmer der Fokusgruppe, der als Einrichtungsleitung tätig ist.

Eine Vertreterin eines Pflegeberufsverbands gab an, dass die Ausübung von Heilkunde den Beruf deutlich aufwerten könnte und es durch den Zuwachs an Verantwortung „(...) zu einer Entlastung der Ärzteschaft beitrage, weil Ärzte, die ins Pflegeheim fahren müssen, da bleibt ja so viel Wegstrecke ja auch liegen, die ja dann auch für die Betreuung von Patienten fehlt und ich glaube wenn dann einfach die Pflegefachkräfte der verlängerte Arm der Mediziner sind kann da total viel aufgefangen werden was die Qualität der Versorgung erhöht und auch die Entlastung der Ärzteschaft fördert“ (EP 5, Position 9). Dafür benötige es Richtlinien und klare Rahmenbedingungen, die es zulassen, dass Pflegekräfte befähigt sind, selbstständig zu arbeiten (EP 4, Position 20).

6.2.6.4 Berufspolitik

Die Akademisierung der Pflege müsse auf Bachelor- und Masterniveau stattfinden. Zudem benötige es Kammern „(...), das alles fehlt ja bei der Pflege“ (EP 4, Position 14). „(...) also wir brauchen da noch eine andere Lobby“ (FK 2, Position 121). Die entsprechenden Gremien auf bundespolitischer Ebene seien „(...) ganz stark Medizin lastig dominiert und die Ärzteschaft sitzt eigentlich überall drin, sogar in Dingen, die die Pflege anbelangt, aber umgekehrt nicht“ (EP 5, Position 35). Der Bedarf der eigenen beruflichen Definition wird in den Fokusgruppendifkussionen ergänzend zum vorhergehenden Zitat benannt „(...) es haben Verwaltungsleute, Juristen und Ärzte, das definiert, was Pflege sein soll. Keine einzige Pflegeperson“ (FK 3, Position 25).

Innerhalb der Fokusgruppen wird akademisierten Pflegekräften diese berufspolitische Tätigkeit als eine wichtige Aufgabe zugeordnet. „(...) das ist ein Arbeitsfeld wo akademisierten Pflegekräfte forschen können oder wo [e]s dann eben auch vielleicht sogar auf Land- oder Bundesebene Forschungsstudien geben muss, die [...] langfristig dann eben auch Gesetzesänderungen herbeiführen können“ (FK 1, Position 12). Ihnen werden die Fähigkeiten einer weitreichenden Expertise zugeschrieben, mit denen sie die Profession vertreten können. Eine aqP sei eine Person, die „(...) eine Expertise hat, Gehaltsverhandlungen führt, Weiterbildungen führt oder eben dann auch Projekte initiiert auf der Ebene [...] dann auf einer zwischen geordneten Ebene, zwischen Basis und Gesetzgebung sag ich jetzt mal, die das dann eben auch lenken und verteidigen in ihren Verbänden. [...] die im Management oder eben auch im wissenschaftlichen Bereich sich dann aber auch durch ein Studium akademisiert

haben“ (FK 1, Position 14). „(...) und da braucht es dann wiederum [...], die Akademisierung dazu, auch, um der Pflege den Stellenwert zu geben als eigene Profession, die [sie] auch verdient“ (FK3, Position 26).

6.2.7 Integration von akademisch qualifizierten Pflegekräften

Innerhalb dieser Kategorie werden verschiedene Aspekte beleuchtet, die mit der Integration von akademisch qualifizierten Pflegekräften zusammenhängen. Dazu zählen Strukturen für aqP, die Einrichtungskultur, die Stellenbeschreibungen, die Aufgabenverteilung der verschiedenen Pflegeberufsgruppen, die Akzeptanz, notwendige Implementierungsformen sowie mögliche Stellenausschreibungen für akademisch qualifizierte Pflegekräfte. Ergänzt wird diese Kategorie weiter mit den Inhalten der Motivation und dem Aspekt der beruflichen Karriere.

6.2.7.1 Einsatzbereiche für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen

Innerhalb dieser Kategorie gab ein Einrichtungsleiter an, dass er in seiner Einrichtung für den neu angestellten Pflegewissenschaftler „(...) ein sehr klares Aufgabenprofil geschaffen“ (EP 1, Position 5) habe. In der Praxis laufe es aber oft so ab, dass die Studierenden nach ihrem Bachelorabschluss gesagt bekommen, dass „(...), wenn du den Master machst, dann haben wir vielleicht etwas für dich, aber für einen Bachelor bietet man dann stumpf eine einfache Fachkraftstelle an, kriegt man vielleicht noch eine Zulage oder so, ähnlich wie eine Wundexpertin oder ein Palliativ Care Mitarbeiter und das war's“ (EP 1, Position 7). Durch die fehlende Integration in den Arbeitsalltag, seien es nur weitere Fachkräfte „(...) wo man vielleicht ein Schild hochheben kann: Ich bin Pflegewissenschaftler“ (EP 1, Position 11). Die teils hoch qualifizierten Pflegekräfte würden so in keiner Form in den Arbeitsalltag integriert und gingen im System verloren. Seiner Auffassung nach bräuchte es seitens des Gesetzgebers klare Regeln „(...) ähnlich wie im Bereich der Pflegedienstleitung, die sind mit einem klaren Schlüssel freigestellt“ (EP 1, Position 7). Ein Fokusgruppenteilnehmer nimmt ebenfalls Bezug auf die derzeitigen Funktionsbezeichnungen und ist der Meinung „(...) wir haben ja noch althergebracht die PDL, weil im Kontext von akademisierter Pflege sollten wir auch die bisherigen Funktionsbezeichnungen nochmal genauer anschauen“ (FK 3, Position 220). Neue Organisationsformen wie „(...) Leitungstrias, Kompetenzleitungsteam“ (FK 1, Position 3) werden als Einsatzfelder für akademisierte Pflegekräfte benannt.

Eine akademisch qualifizierte Pflegekraft berichtet, dass sie in ihrer Berufspraxis häufig das Gefühl gehabt habe „(...), dass man nicht das bekommen hat was man verdient hat oder nicht das machen konnte, was man eigentlich studiert hat, sondern man war nur noch am Bett und hatte das Gefühl, dass man nicht das macht, was man eigentlich gelernt hat und wofür man

steht“ (EP 6, Position 30). Schon während des Studiums wäre die zentrale Frage gewesen, „(...), was man danach mit dem Studium machen kann oder ob die Einrichtungen, die es im Gesundheitswesen gibt, überhaupt darauf vorbereitet sind“ (EP 8, Position 14). Auch in ihrer Einrichtung hätte es keine Strukturen zur Beschäftigung akademisch qualifizierter Pflegekräfte gegeben „(...) gewisse Aufgaben waren quasi erwünscht, aber es war oft so, dass ich sagen konnte, welche Aufgaben ich durch das Wissen von dem Studium übernehmen kann und dann haben sich immer noch so ein paar Aufgabenbereiche dazu gefunden mit der Zeit“ (EP 8, Position 70).

Ein Einrichtungsleiter äußert innerhalb der Fokusgruppe, dass sie in ihrer Einrichtung ohne weit vorweg zu planen anhand der erworbenen Fähigkeiten und Ressourcen der Mitarbeitenden ihre Strukturen anpassen und schaffen „(...) zu sagen, wenn wir die Mitarbeiter mit dieser und dieser Fähigkeit haben. Wir finden jetzt in unserem Unternehmen eine Möglichkeit dem Raum zu geben. Finden das auch gut. Wir wollen das ausbilden. Dann schaffen wir die Struktur.“ (FK 3, Position 35).

Eine Möglichkeit benennt eine Teilnehmende in Form „(...) einer Stabsstelle (FK 3, Position 75). Mehrfach wird auch die Übertragung von klinischen Pflegeexpert*innen in außerklinischen Handlungsfelder beschrieben. Eine Teilnehmerin der Fokusgruppen benennt die Erhebung prästationärer Assessments durch Pflegeexpert*innen als eine Tätigkeit, die zwischen der Langzeitversorgung und der akutklinischen Versorgung dazu dienen könnte, alle Beteiligten für den Klinikaufenthalt besser vorzubereiten. (FK 1, Position 24).

6.2.7.2 Einrichtungskultur

Innerhalb der Kategorie „Einrichtungskultur“ äußerte ein Experte, dass es relativ einfach sei, akademisch qualifizierte Pflegekräfte einzusetzen, wenn in der Einrichtung dafür ein „(...) Nährboden“ (EP 1, Position 11) bestehe. Im Rahmen der Konzeptentwicklung habe er als Einrichtungsleiter eine sehr hohe Freiheit (EP 1, Position 13). Die Tätigkeiten, die die akademisch qualifizierte Pflegekraft in Form der Ausbildungscoordination in seiner Einrichtung übernehme, wären im Vorhinein festgelegt worden „(...) was, wieso, und wann etwas gemacht werden muss, damit der Rahmen auf jeden Fall läuft, dass wir unserer Nachweispflicht gegenüber den externen Kooperationspartnern Genüge tun und gleichzeitig eine hoch qualifizierte Ausbildung auch den eigenen Schülern bieten, also eine verlässliche Ausbildung mit tatsächlicher Anleiterzeit und was dann weiter daraus entsteht, ist denen überlassen“ (EP 1, Position 13). Als Führungskraft drücke er „(...) ab und zu so ein Knöpfchen und löse Lust aus wieder selber kreativ zu sein: Wie will ich meinen Arbeitsalltag gestalten?“ (EP 1, Position 13). Zudem müssten die Führungskräfte „(...) hinter den Konzepten stehen, weil das einfach

so viele gravierende Änderungen bringt, die nur funktionieren können, wenn alle da in einem Boot sitzen“ (EP 7, Position 13).

Ein weiterer Teilnehmer fügt hinzu, dass die Motivation und Ressourcen der Mitarbeitenden aufgegriffen werden sollten (FK 3, Position 31). Es müsse innerhalb der Einrichtungen Platz gemacht werden für genau diese neuen Mitarbeiter*innen der akademisch Qualifizierten. Solche Maßnahmen könnten *„(...) die Attraktivität des Berufs“* steigern *„(...) indem wir Räume schaffen“* (FK 3, Position 37). Diese Art von Maßnahmen werden von einer Teilnehmerin als Chance zur *„(...) Personalgewinnung und Bindung ans Haus, an den Beruf auch, und da sehe ich ganz viele Türen, die sich im Moment auch so ein bisschen öffnen. Abseits der gängigen Ausbildungsgänge aber auch neue Berufe, neue Sparten, die sich einfach auch auftun“* (FK 1, Position 37).

Als ein ergänzender Punkt wird innerhalb der Fokusgruppen benannt, dass sowohl die Einrichtungsleitungen als auch die Träger*innen hinter der Implementierung von akademischen Pflegekräften stehen müssten *„(...) ich sag das nicht abwertend "gebastelt", sondern dass man versucht zu konstruieren, das hängt immer vom Träger ab, ob der sich sowas leisten kann. Weil ich find', wenn der Träger sich dazu entscheidet, dann muss er auch sagen, wie er ihn bezahlt“* (FK 2, Position 6). Wichtig sei es die Qualifizierung zu unterstützen *„(...) und sobald jemand bei uns Lust hat ein Studium zu machen oder eine Weiterbildung. Dann sind wir sofort auf jeden Fall unterstützend. Natürlich kann man das nicht immer finanziell, aber man kann ja die Arbeitsbedingungen / bei ihm haben wir die Arbeitsbedingungen so gelegt, dass er das berufsbegleitend machen kann, weil ein Stückweit muss das ja selber stemmen. Aber wir sind da maximal bemüht“* (FK 3, Position 57). Es brauche eine Art *„(...) Kultur von Qualifizierung in der Einrichtung, sodass das quasi ein Teil von der Einrichtung wird. Ohne Wertigkeit, das eine ist besser oder schlechter“* (FK 3, Position 26). So könne eine Implementierung auf Augenhöhe gewährleistet werden (FK 3, Position 26).

Einige Teilnehmende beschreiben die Akademisierung als eine Chance vonseiten der Arbeitgebenden, durch die Implementierung von Expert*innen Mitarbeitende zu entlasten *„(...) Aber das muss der Träger entscheiden, ob er seine Teams in der Beziehung entlasten will. [...] Und warum kann man das dann auch nicht für die Pflegeexpertise tun?“* (FK 2, Position 97). Auch das Hinzuziehen von externen Expert*innen wird als Möglichkeit benannt *„(...) Will der Träger so wie sie das beschrieben hat einfach für diese komplexe Situation verschiedene Spezialisten von außen heranziehen, ich bin da total Fan davon, wenn das Team das selbst nicht stemmen kann“* (FK 2, Position 97). Allerdings sei unerlässlich *„(...) die Implementierung*

und Begleitung, Arbeiten an der Haltung der Mitarbeiter. Also die Implementierung und die Überzeugung nach innen ist bei Projekten ja immer das schwierigste“ (FK 3, Position 219).

6.2.7.3 Stellenausschreibung

Innerhalb der Fokusgruppe beschreibt eine Teilnehmende: *„(...) Man muss halt die Stellen richtig beschreiben und Aufgaben zuordnen, wer macht was“ (FK2, Position 129).* Ein weiterer Teilnehmer dieser Fokusgruppe ergänzt: *„(...) Nach der Stellenbeschreibung muss die Stellenbeschreibung im betrieblichen Organigramm drin sein. Da muss der Verantwortungsbereich und der Vernetzungsbereich geklärt sein, sonst geht es nicht“ (FK 2, Position 123).* Dazu gab ein Einrichtungsleiter ebenso an, dass es für akademisch qualifizierte Pflegekräfte eine klare Stellenbeschreibung und ein Stellendeputat brauche, das auch refinanziert werde (EP 1, Position 7). Dazu äußerte eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass Absolventen*innen, die sich nach dem Studium bei Einrichtungen bewerben, eine genaue Stellenbeschreibung benötigten, bei der die *„(...) Aufgabenbereiche dann schon festgeschrieben sind oder zumindest ein Teil dieser Aufgabenbereiche, dass man weiß, worauf man sich dann quasi einlässt oder ob das einem liegt oder nicht“ (EP 8, Position 88).* Aufgabenbereiche, festgelegte Dienstzeiten außerhalb der direkten Pflege, sowie die monetäre Grundlage seien innerhalb der Stellenbeschreibungen unerlässlich *„(...) das muss eben freigestellt sein und es muss natürlich auch honoriert werden und das ist so auf jeden Bereich übertragbar, hab ich einen Experten für ein spezielles Fachgebiet oder zum Beispiel eine gerontologische Fachkraft, die dann da ihre Expertise mit rein bringt dann muss die natürlich auch [ei]nen zeitlichen Rahmen dafür haben, also das denke ich müsste in [ei]ner Stellenbeschreibung auch vorformuliert sein und da müsste sich auch daran gehalten werden in der Umsetzung“ (FK 1, Position 39).*

Eine Teilnehmende der Fokusgruppe benennt die Schwierigkeit von *„(...) Doppelrollen und die Notwendigkeit der klaren Definition von Aufgaben [...] da eben muss von der Stellenbeschreibung das definiert werden und dann eben auch unterteilt sein, wenn man jetzt zwei Bereiche übernimmt, dass das dann vorher festgeschrieben ist und dass man vorher guckt, wie ist die Organisation von dem Betrieb, der Institution glaub ich kann nicht pauschal sagen, eben da siehts anders aus als im Pflegeheim oder im ambulanten Dienst oder eben Wohlfahrtsverbände sind nochmal ganz anders strukturiert“ (FK1, Position 53).*

6.2.7.4 Motivationen der aqP

Nach Aussagen eines Einrichtungsleiters, der an einem der Fokusgruppeninterviews teilnahm, würde er in den Einrichtungen häufiger wahrnehmen, dass *„(...) Bewerber*innen kommen [her] mit dem Studium und sagen, wir haben studiert, wir möchten raus aus der Pflege“ (FK 3,*

Position 23). Ein weiterer Teilnehmer ergänzt diese Wahrnehmung „(...) *Ich weiß es nicht. Also ich glaube, die meisten, die raus der Pflege wollen, sagen sich, ahja ich mache Management, dann kann ich Leitung machen, dann bin ich raus. Muss ich nicht mehr am Bett stehen*“ (FK 3, Position 57).

Eine Studierende hingegen beschreibt gegensätzlich dazu ihre Motivation des Studiums auf Grundlage ihres Praxisbezuges „(...) *ich studiere auch nur weil ich schon davor in der Pflege gearbeitet habe, ich würde jetzt niemals irgendwie anfangen zu studieren, ohne dass ich ein Wissen über Pflege habe, sondern ich finde das ist so der Grundbaustein, also auch wenn man studiert muss ganz viel Praxis dabei sein*“ (FK 2, Position 22). Ein weiterer Teilnehmer beschreibt ebenfalls die Relevanz der Praxis für die Studierenden „(...) *wir haben auch einen Pflegewissenschaftler [...] der ganz bewusst gesagt hat, er will diese[n] Praxisbezug behalten. Damit er auch weiß, wofür er denn seine Fortschritte denn macht*“ (FK 3, Position 26).

In diesem Zusammenhang beschreibt eine Teilnehmende, dass die berufliche Aussicht auf Stellen wie „(...) *(Du-) PDL oder (Du-) Assistentin der Geschäftsführung als eher frustrierend für die Studierenden der Pflege zeigt.*“ (FK 3, Position 25).

Eine Teilnehmende beschreibt des Weiteren, dass es für sie wichtig sei, die „(...) *Fähigkeiten [...], die intrinsischen Motivatoren*“ zu identifizieren um dann mit den Studierenden zu schauen „(...) *was können wir, wo können wir diese Fähigkeiten einsetzen bei uns im Unternehmen?*“ (FK 3, Position 31).

6.2.7.5 Möglichkeiten der beruflichen Karriere

Eine Teilnehmerin der Fokusgruppe beschreibt die Notwendigkeit verschiedener Karrierewege „(...) *da brauchen wir die Leute am Bett. Wir brauchen aber auch die Möglichkeit zum promovierten Pflegewissenschaftler*“ (FK 3, Position 25).

Es werden mehrfach die benötigten Strukturen durch Teilnehmende benannt, wie z.B. durch einen Einrichtungsleiter, der beschreibt „(...) *brauchen wir dann trotzdem so eine Idee für die Studierenden. Wo kann es denn hingehen und wo könnte ich da einen Stempel kriegen?*“ (FK 3, Position 38). Es bedürfe klarer Ziele und Perspektiven sowie „(...) *eine grobe Richtung*“ (FK 3, Position 199) für die Studierenden. Daraus könne laut einer Teilnehmenden die Langzeitpflege profitieren „(...) *und ich glaube der Arbeitsplatz in der stationären Pflege muss so attraktiv sein, dass ich dort mit einem hohen Karriereanspruch reingehe, um dort zu arbeiten und eine gute Arbeit zu machen*“ (FK 3, Position 178).

Neben einem besseren Verdienst und Entwicklungsmöglichkeiten in der Pflege benötige es *„(...) neue Möglichkeiten, wie sie beispielsweise, ja Bachelor oder Masterstudiengänge bieten können, um hier auch die Attraktivität des Berufs zu fördern“* (EP 2, Position 18). Akademisch qualifizierte Pflegekräfte könnten dem Beruf sowohl eine *„(...) Tiefe“* (EP 4, Position 14) als auch eine Perspektive geben *„(...) das ist total wichtig“* (EP 4, Position 14).

Ein Fokusgruppenteilnehmer beschreibt *„(...) die Akademisierung [als] ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Attraktivität des Berufes“* (FK 3, Position 199). Es müsse die Chance geben *„(...) mit einem hohen Karriereanspruch rein[zu]gehe[n], um dort zu arbeiten und eine gute Arbeit zu machen“* (FK 3, Position 178). Diese bestünde zum einen aus direkter Tätigkeit an den Patient*innen, zum anderen aber auch aus der akademischen Laufbahn (FK 3, Position 25).

6.2.7.6 Akzeptanz von akademisch qualifizierten Pflegekräften

Hinsichtlich der Akzeptanz von akademisch qualifizierten Pflegekräften sei es wichtig, *„(...) nicht mit irgendwelchen wissenschaftlichen Studien ums Eck kommen, sondern mit ganz pragmatischen praktischen Beispielen, um Ängste abzubauen“* (EP 7, Position 13). Die Implementierung von aqP schüre bei Pflegefachpersonen ohne einen akademischen Hintergrund Ängste und Widerstände, *„(...) oh mein Gott. Die nehmen mir meine Arbeit weg, man darf dann gar nichts mehr selber entscheiden“* (EP 7, Position 13). Mithilfe von Best-Practice-Beispielen könnte diese abgebaut werden, sodass es für *„(...) Pflegefachpersonen verständlich ist, warum wir das dann alles machen“* (EP 7, Position 13). Es sei wichtig, dass die aqP zum *„(...) Mehrwert für die Einrichtung werden und da braucht es tatsächlich dieses immer wieder rückzukoppeln immer wieder dranzubleiben in den Projekten in den Ergebnissen und im Transfer auch im Austausch mit den anderen Mitarbeitenden. Das ist so die Erfahrung, dass so diese Angstmacherei sich etwas verändert und jeder stolz darauf ist, ein Teil des Ganzen zu sein“* (FK 3, Position 26). Zudem müsse verhindert werden, dass sich *„Lager“* bilden *„(...) die arbeiten wissenschaftlich und d[ie] andere[n] sind die in der Praxis“* (EP 7, Position 17). Eine akademisch qualifizierte Pflegekraft gibt an, dass sie in ihrer Einrichtung keinen schweren Einstieg gehabt habe und die Mitarbeiter*innen *„(...) sehr interessiert waren und gefragt haben, was ich da jetzt genau mache und wie man das umsetzt und so weiter“* (EP 8, Position 74).

6.2.7.7 Positive Außendarstellung der Organisationen durch aqP

Ein Einrichtungsleiter gab an, dass sich der Ruf einer Einrichtung in den Pflegeschulen verbreite und er so leichter Auszubildende finde *„(...) ich kann Auszubildenden mehr bieten, das spricht sich dann irgendwann in den Schulen rum und dann wird man dann auch von*

Schulen empfohlen, dass sie sagen: *Ich hab noch niemanden, dann geh doch in Einrichtung XY, da kriegst du eine gute Ausbildung*“ (EP 1, Position 35). Für die Einrichtung schaffe das ein Standing, das andere Pflegekräfte anziehe *„(...) oh wie die hier arbeiten wollte ich schon immer mal arbeiten oder es ist ein neuer Weg, eine neue Herangehensweise und da will ich mich mal bewerben* (EP 1, Position 17). Dadurch bestehe für ihn als Einrichtungsleiter die Möglichkeit *„(...) nicht jede Fachkraft, die ich finde, grundsätzlich einzustellen, weil ich keine andere Wahl habe, sondern ich kann endlich auch mal differenziert auswählen, wer passt denn zu uns? Wer bringt welche Fähigkeiten mit? Wer bewährt sich dann auch bei uns, weil man bei uns arbeiten will?“* (EP 1, Position 17). Der Wettbewerbsvorteil sei wichtig, um als Einrichtung *„(...) attraktiv“* (EP 1, Position 3) zu wirken.

6.2.7.8 Berufserfahrung der aqP

Innerhalb dieser Kategorie werden viele Perspektiven vertreten. Eine Fokusgruppenteilnehmerin beschreibt den Aspekt der Berufserfahrung als unverzichtbar. Akademisch qualifizierte Pflegekräfte müssten wissen *„(...) wie es an der Basis zugeht“* (FK 2, Position 24). Eine weitere Pflegekraft formuliert ihre Erfahrungen diesbezüglich *„(...) ich habe schon auch manchmal Bauchweh, gerade so auch bei diesen Studienabgängern, dass die wirklich auch erstmals Erfahrungen brauchen also jetzt einfach mal so, also gestandene Pflegekraft wo ich dann einfach auch Defizite, manchmal auch hohe Defizite sehe“* (FK 1, Position 91).

Man müsse den Studierenden und den Absolvent*innen aber auch die Möglichkeit bieten, dass sie sich das Fachwissen systematisch innerhalb der Praxis nach dem Abschluss erobern können (FK 3, Position 25), fügt ein Einrichtungsleiter in einer Fokusgruppe hinzu.

Von einer nicht akademisch qualifizierten Pflegekraft wird innerhalb der Fokusgruppen geäußert, dass Qualifikationsniveau und Berufserfahrung in Kombination betrachtet werden müssten. *„(...) [ei]ne gewisse Qualifikation hat oder Berufserfahrung, [...] ja das kann man direkt nach ner Pflegeausbildung. Neee, da brauchts eine gewisse Qualifikation dafür und das muss nicht unbedingt eine akademisierte Pflegequalifikation sein, aber es braucht eine Erfahrung und eine gewisse Kompetenz dafür* (FK 1, Position 78). Die Akademisierung sehe sie nicht als zwingende Voraussetzung. Eine akademisierte Pflegekraft hingegen fügt im Kontext der Berufserfahrung und damit thematisierten erweiterten Kompetenzen in Form von Beratung und Medikamentenverordnung hinzu, dass sie sich nicht sicher sei *„(...) ob da jetzt Berufserfahrung ausreichen würde... so meine ich jetzt... das stelle ich so ein bisschen in Frage um auch wirklich dieses Wissen Nebenwirkungen was könnte sein, wie würde ich agieren, dann auch wirklich die Eltern beraten zu können wenn ich ein Medikament ausstelle [...] da*

würde ich mir dann schon gefestigtes Wissen wünschen und nicht nur Erfahrung, weil trotz Erfahrung unterschiedliches Wissen da ist, aufgrund des eigenen Nachlesens oder der eigenen Infobeschaffung, das sehe ich schon ein bisschen kritisch“ (FK 1, Position 85).

6.2.9 Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit

6.2.9.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Ein häufiges von den interviewten Expert*innen genanntes Problem sind wahrgenommene Widerstände in der interprofessionellen Zusammenarbeit *„(...) Die Ärzte sitzen nach wie vor noch auf einem Thron, das tut mir leid Herr NAME, wenn ich da jetzt auf die Ärzteperspektive gehe, aber es ist so, wenn man versucht Kooperationen zu tätigen, kommt man häufig auf Widerstand“ (FK 4, Position 16).*

Der Status der Ärzteschaft in Deutschland gilt für die Befragten nach wie vor als ein unangetasteter Bereich *„(...) aber es ist klar, dass ist ärztlicher Bereich und der Status des Arztes ist auch unangetastet, also wir stehen nicht mehr direkt neben dem Herrgott aber doch immer noch irgendwo auf dem Olymp“ (FK 1, Position 16).* Zudem gab eine interviewte Person an, dass *„(...) wenn man mit Ärzten auf Augenhöhe sein will, muss man auch akademisiert sein“ (EP 4, Position 30).* Demgegenüber berichtete eine andere Person, dass sie in der stationären Langzeitpflege nicht den Eindruck habe, dass sie aufgrund ihrer akademischen Laufbahn anders wahrgenommen werde. Dies könne allerdings auch damit zusammenhängen, dass sie die Ärzte*innen schon in ihrer Zeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin gekannt hätte (EP 8, Position 106). Innerhalb der Fokusgruppen wird *„(...) die Dominanz des Medizinsystems“* von einem Teilnehmer als *„(...) ein Anschlag“ (FK 3, Position 97)* bezeichnet. Laut eines Mitarbeiters eines Modellprojekts zur Heilkundeübertragung, treffe die Substitution oder Delegation ärztlicher Tätigkeiten durch Berufsangehörige der Pflege auf Widerstände vonseiten der Ärzteschaft *„(...) also das Wichtigste dabei, ich rede häufig bei Fachärzten über die Substitution [von Tätigkeiten], dann kommt das schlimme Wort und dann sagen alle, bis hier und nicht weiter, durfte man ja nicht sagen Delegation, war auch schon irgendwann ein Problem, weil die Angst hatten vor Substitution und irgendwann haben sie nur noch über Kooperation gesprochen“ (EP 4, Position 30).*

Zudem hemme die fehlende Lobbyarbeit der Pflege die Interprofessionalität *„(...) Also die Interprofessionalität hapert in Deutschland aus meiner Sicht an verschiedenen Stellen, das erste ist, sag ich ganz offen, über ihre Lobbyarbeit eine gesicherte Position ihres Terrains,*

sowohl kompetenzmäßig, statusmäßig, als auch finanziell und über diese drei Ebenen ist das sicher, das heißt da ist keine Diskussion“ (EP 10, Position 38).

Des Weiteren wird innerhalb der Fokusgruppen mehrfach beschrieben, dass Pflegefachpersonen Tätigkeiten bereits vor der Anordnung der Ärzte durchführen und die Anordnung nur als ein bürokratisch benötigter Schritt eingeholt werden muss. *„(...) wie oft sagt man zum Arzt: du, ich hab das jetzt schon angefangen, verordne es bitte noch also es ist doch meistens so“ (FK 1, Position 77).* In *„(...) der Langzeitpflege“* zeige sich ein ähnliches Bild *„(...) ich mein' wir fordern wieder für Inko[ntinenz]materialien Rezepte an usw. und wir sagen dem Arzt was er drauf schreiben soll und er macht's oder wir rennen wieder vier Wochen hinterher“ (FK 1, Position 69).*

Teilnehmende beschreiben die Abhängigkeit von der Ärzteschaft als einen zeitraubenden Faktor im beruflichen Alltag *„(...) Gerade der Zeitfaktor, da hatte ich jetzt vorhin auch schon dran gedacht, im klinischen Setting, dann kommt der Arzt mit dem falschen Rezept oder man hat ihn dreimal dran erinnert [...] ich finde auch so der zeitliche Faktor macht manchmal schon auch einiges aus wo dann Patienten nur noch auf ein Rezept warten oder den Arztbrief, wo ich denke könnte, ich mir gerade auch noch zutrauen ein Ibuprofen-Rezept auszustellen und ähm ja, dann stimmt die Dosis wieder nicht“ (FK 1, Position 73).*

6.2.9.2 Intraprofessionelle Aufgabenverteilung

Aufgrund des Qualifikationsmix in der Pflege ist die Aufgabenverteilung oftmals nicht klar voneinander abgegrenzt. Dazu gab an eine interviewte Person an *„(...) dass es extrem schwierig ist so ein Mischsystem beizubehalten, also einerseits die ausgebildeten Pflegenden und dann Add-on die Studierten, es wird ja auch immer betont, auch die, die studiert haben sollen nicht nur in der Verwaltung landen sondern auch Pflege am Bett betreiben und ich glaube das ist eine wahnsinnig große Herausforderung dieses Mischmodell wenn die Aufgaben nicht klar geregelt sind, oder zum Beispiel ersichtlich ist wer ist was und wer ist für was zuständig“ (EP 2, Position 18).* Sowohl für Patient*innen als auch für das Pflegepersonal wäre es wichtig zu erkennen, dass akademisch qualifizierte Pflegekräfte andere Aufgabenbereiche übernehmen, *„(...) als jetzt eine ausgebildete Pflegerin“ (EP 2, Position 18)* und wie sich deren Tätigkeiten *„(...) von den anderen Tätigkeiten“ (EP 2, Position 37)* abheben.

6.2.9.3 Fehlende intraprofessionelle Akzeptanz der aqP

Zwei Teilnehmende der Fokusgruppen äußern, dass sie den Mehrwert der akademisierten Pflegekräfte nicht sähen. Weder in Form von Einsatzbereichen noch in Form von weitreichender Kompetenz *„(...) Ich habe auch meine Ausbildung, ich habe Weiterbildung als*

Wohnbereichsleitung, ich arbeite mit Angehörigen, ich bin an jedem Fortbildungsstart an der Schule, ich kommuniziere mit allen Schulen, die die Ausbildung machen, wozu brauche ich sie?“ (FK 2, Position 20), „(...) Ich habe bei keinem der Studenten die letzten fünf Jahre das Gefühl gehabt, dass die das besser wissen wollen. Sondern ich habe immer eher das Gefühl gehabt, dass die das wissen, was ich aus Erfahrung bringe (FK 2, Position 23).

6.2.10 Finanzierung

Die Kategorie Finanzierung beleuchtet verschiedene Perspektiven zur Finanzierung akademisch qualifizierter Pflegekräfte innerhalb der verschiedenen Settings und wurde wie folgt definiert: *Finanzierung von Personal und Projekten.*

6.2.10.1 Finanzierung von akademisch qualifizierten Pflegekräften

Innerhalb dieser Kategorie berichtete ein Einrichtungsleiter, dass die aktuelle Refinanzierung der Pflege nicht dafür bereit sei, akademisierte Pflegefachpersonen „(...) *niedrigschwellig in die Arbeit zu integrieren.* Dies wäre nur durch Sonderregelungen möglich“ (EP1, Position 7). In seiner Einrichtung habe er dies über den Ausbildungsfonds geregelt „(...) *man bekommt für jeden Auszubildenden über die AFBW, also diesen Ausbildungsfond Baden-Württemberg, eine Refinanzierung. Und darin inkludiert ist ein Stellenanteil für eine Praxisanleitung und wenn ich es jetzt schaffe eine enorme Masse an Schülern hier reinzukriegen, dann habe ich natürlich finanziell ein gewisses Volumen, um auch jemanden zu bezahlen außerhalb des Stellenschlüssels*“ (EP 1, Position 13). Die akademisch qualifizierte Pflegefachperson werde zum größten Teil so refinanziert und bringe der Einrichtung dazu noch Geld ein „(...) *nach Abzug aller Kosten bleibt da auch Geld übrig*“ (EP 1, Position 13). Für andere Befragte führen die fehlenden Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zur Finanzierung jedoch dazu, dass „(...) *es viele einfach nicht machen. Warum soll ich? Also, wie soll ich das denn integrieren, das geht doch gar nicht*“ (EP 1, Position 7).

Demgegenüber gab eine Krankenkassenvertreterin an, dass der Rahmen zur Refinanzierung von hochschulisch primärqualifizierten Pflegefachpersonen von Seiten der Kranken- und Pflegekasse gegeben sei und „(...) *am Bett auch anerkannt und refinanziert werd[e]*“ (EP 3, Position 2). Das Pflegeberufegesetz regelt, dass Bachelorabsolventen*innen einen Versorgungszugang haben und [das] sei aus rechtlicher Perspektive höherwertiger als das Sozialversicherungsrecht (EP 3, Position 8). Das habe zur Folge, dass das, „(...) *was im Pflegeberufegesetz geregelt ist, muss automatisch in der Versorgung im Sozialversicherungsrecht, also gesetzliche Krankenversicherung, respektive soziale Pflegeversicherung auch übersetzt werden*“ (EP 3, Position 8).

Innerhalb der Fokusgruppen gibt es einige Beiträge, die den Wunsch nach Abgrenzung zu nicht akademisch ausgebildetem Personal verbalisierten: *„(...) das wir in der Pflege gerne dazu tendieren, so eine Gleichmacherei zu haben und das ist im Grunde auch ein Ergebnis, dass wir nicht fein differenziert die Leute eingruppiieren können und auch vergüten können. [...] umgekehrt zu definieren, was unterscheidet die einen von den anderen“* (FK 3, Position 6). Dadurch müssten die Kranken- und Pflegekassen die Kosten für dieses Personal refinanzieren (EP 3, Position 8). Anders sehe es bei der Refinanzierung auf Masterniveau aus, da diese *„(...) erstmal nicht so gegeben ist“* (EP 3, Position 3). Durch die fehlende Aufnahme der Masterabsolvent*innen im Pflegeberufegesetz bestünde eine Lücke in der Refinanzierung (EP 3, Position 8). Zudem sei noch unklar, wie Pflegekräfte auf Masterniveau in einen Tarifvertrag eingruppiert werden könnten, wobei sich [Gewerkschaft] als eine der größten Gewerkschaften querstelle (EP3, Position 2). Innerhalb der Caritas Tarife werde eine normale Fachkraft in P7 und eine akademisierte Pflegekraft P10 eingestuft. Nach Aussage des Einrichtungsleiters sei dies ein *„(...) Gehaltsgefälle“* (EP 1, Position 11), das dazu führe, dass er diese Pflegefachpersonen nicht in den Alltag integrieren könne (EP 1, Position 11). Der Gehaltsunterschied zwischen einer Pflegefachkraft und einer akademisierten Pflegefachkraft belaufe sich auf *„(...) 800 Euro, was die mehr verdienen“* (EP 1, Position 15). Hierbei hätten die Kranken- und Pflegekassen kein Mitspracherecht. Dies liege *„(...) ganz allein in der Verantwortung der Einrichtung, wie sie ihr Personal eingruppiert und wenn sie uns gegenüber nachweist, dass dieses Geld ja auch ankommt beim Personal dann Haken dran und dann kommt der zweite Punkt, wenn das tariflich oder auf dem dritten Weg nämlich kirchenrechtlich festgelegt ist es eine Arbeitsrechtsregelung, da dürfen wir noch nicht einmal die Wirtschaftlichkeit in Frage stellen, der Entlohnungshöhe“* (EP 3, Position 10).

Zudem müssten die Pflegeeinrichtungen ab 2023 den Kranken- und Pflegekassen Nachweispflichten vorlegen, *„(...) dass eben auch Gehälter den Mitarbeitern zugesagt w[erden], dass die auch tatsächlich bei den Mitarbeitern ankommen. Und da müssen die uns Nachweise vorlegen z.B. anonymisierte Grundjournale und das wollen die Einrichtungen halt nicht. Und zwar von der Caritas über die Diakonie über DRK bis zu BPA Einrichtungen komplett durch“* (EP 3, Position 10).

Ein Fokusgruppenteilnehmer beschreibt, dass die Einstellung einer höher entlohnten aqP auch betriebswirtschaftlich rentabel ist, zum Beispiel aufgrund einer systematischen Arbeitsweise oder durch einen Versorgungsverlauf mit weniger Komplikationen *„(...) dass es ein großer Unterschied ist, ob ich jemanden Akademisierten habe, der die Wundbehandlung macht im Vergleich zu jemanden, der sie mit einer Dreijährigen macht. Jetzt nicht, man kann das nicht immer im eins zu eins vergleichen. Nur unsere Erfahrung ist, dass derjenige, der sie*

akademisiert macht, perspektivisch auf ein halbes Jahr Geld spart. Weil er einfach anders strukturiert drangeht und anders systematisiert ist. Das ist so eine unserer Erfahrungen, dass das Geld quasi auf dem Weg zurückkommt. [...] Also einfach durch diese Form des Arbeitens, das Geld auch wieder reinkommt“ (FK 3, Position 39).

Des Weiteren wird von einer Teilnehmenden Bezug auf die Kommunen und Gemeinden genommen im Hinblick auf den Einsatz von Community Health Nurses *„(...) da müsste es aber auch wieder die gesetzlichen Grundlagen dafür geben die Finanzierung und bis hin zu Gemeindepflege, das müsste dann im Prinzip ja auch eine akademisierte Person sein die dann wirklich auch für bestimmte Räume oder Region dann zuständig ist und dann eben wahrscheinlich mit Stadt oder Gemeinde ein Auftrag hat“ (FK 1, Position 19).*

Ein Vorteil einer transparenten Finanzierung, die die Akademisierung berücksichtigt, sei laut einer Fokusgruppenteilnehmerin attraktivitätssteigernd für die Studienwahl sowie die Motivation von Studierenden *„(...) dass der Studierende zu Beginn schon eine grobe Richtung hat, in die er möchte und weiß, da finde ich auch eine Stelle. Und da finde ich eine Stelle, die mein Leben auskömmlich finanziert. Ich muss nicht zu fünf Arbeitgebern, um diese 100 % zu haben.“* Sie beschreibt dies aber auch als Herausforderung für kleinere Pflegedienste und Einrichtungen. *„(...) das sehe ich, in großen Stationären mag das alles super sein oder in einem Caritasverband, der viele Einrichtungen bündelt, kann man das gut machen, aber wir müssen ja alle Organisationsformen mitdenken“ (FK3, Position 199).*

6.2.10.2 Finanzierung von Innovationen und Verstetigung von Projekten

Dazu berichtete eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass ihre Einrichtung durch abgeschlossene Selektivverträge mit den Krankenkassen finanziert werde *„(...) zu Beginn, als das noch ein Projekt war, haben alle Kassen mitgemacht und als wir etabliert wurden, waren es dann nur noch ich sag mal in Anführungsstrichen nur noch die [Krankenkasse1] sehr sehr vertreten, die [Krankenkasse2], die [Krankenkasse3], die [Krankenkasse4] und die [Krankenkasse5], die das finanzieren“ (EP 6, Position 32).* Dadurch kann die Einrichtung nur Klient*innen aufnehmen, die auch Mitglied bei den kooperierenden Krankenkassen sind. Zukunftsperspektivisch könnte es so verlaufen, dass *„(...) die Stadt [uns] sozusagen übernimmt und wir gar nicht mehr abhängig sind von den Kassen, sondern alle Klient*innen wieder aufnehmen können“ (EP 6, Position 42).* Den Wunsch bezüglich des Versorgungsmodells formuliert die Teilnehmerin als *„(...) dass die Stadt [Name] mal endlich einsieht, ok man braucht uns, wir haben Ergebnisse erzielt, die auch von der Uni [Name] als Forschungsprojekt drei Jahre durchgeführt wurde. Dass uns sozusagen die Stadt [Name] übernimmt und finanziert, ja dass wir nicht immer dieses, ich sag mal, abhängig von den*

Kassen sind“ (EP 6, Position 34). Bezüglich neuer Versorgungsformen äußerte eine Projektleitung den Wunsch, dass sich Deutschland am Ausland orientiert und diese auf das deutsche System übertragen solle „(...) obwohl dieses eigentlich dafür gar nicht ausgerichtet ist, weil die finanziellen Grundlagen gar nicht gegeben werden“. Für Projekte wäre es schwierig „(...) große Summen zu erwerben“ (FK 4, Position 16).

Ein weiterer Fokusgruppenteilnehmer sieht als ein Aufgabenfeld der akademisierten Pflege Innovation im Bereich der Digitalisierung *„(...) Innovationen auch zu fördern, den Fortschritt in euren Konzepten, Ideen auch mit wissenschaftlichem Hintergrund, vielleicht in nem Forschungsprojekt das weiterzuverfolgen wirklich Evidenz mit ner neuen App, was auch immer da entsteht mit Digitalisierung und und und, dass das auch ein Aufgabenbereich ist, hoffentlich mit der richtigen Freistellung, dann auch da weiterzugehen unabhängig von dem sehr konkreten Wundversorgung und was man sich sofort vorstellen kann unter so ner Stelle, dass das sehr weit gedacht ist“ (FK1, Position 60).*

6.2.10.3 Heilkundliche Tätigkeiten und Budgetierung

Innerhalb dieser Subkategorie gab ein Projektleiter an, dass Projekte im Rahmen von Heilkunde mit dem verfügbaren Budget zusammenhingen *„(...) dazu gehört halt ja das was Sie gesagt haben, haftungsrechtlich und Co., aber das beginnt mit Geld, das beginnt mit dem Budget was man hat“ (EP 4, Position, 20). Der Projektleiter berichtet von Widerständen seitens der Ärzteschaft bei der Verschreibung von Heilmitteln wie Ergo-, Logo- und Physiotherapie, welche das ärztliche Budget tangieren „(...) da sagen die bis hierher und nicht weiter. Das ist mein Budget, da kommt keiner ran“ (EP 4, Position 28). Hätten Pflegekräfte ihr eigenes Budget „(...) würde sich die Pflege auch da ganz viel zutrauen“ (EP 4, Position, 28). Aus ökonomischer Sicht würde sich das rechnen, da Pflegekräfte weniger verdienen als bspw. Mediziner*innen „(...) also die gleiche Tätigkeit, die jetzt von jemandem gemacht wird, der weniger Geld kriegt, brauch ich jetzt nicht rechnen. Klar, das würde sich rechnen“ (EP 4, Position 35). Nach Aussage eines Arztes unterlägen Hausärzte*innen einem starken Budgetzwang *„(...) was Verordnungen, was Heilmittel usw. angeht. Alles ist budgetiert und da muss eine Rahmenbedingung geschaffen sein, wo man im Anschluss sagen kann, wie es aufgeteilt wird, wenn das nicht geregelt ist, wirds schwierig“ (EP 9, Position 35). Zudem müsste auch derjenige, der die Verordnung ausstellt, „(...) die Budgetverantwortung tragen“ (EP 9, Position 40).**

6.2.11 Kompetenzen

Die Hauptkategorie Kompetenzen umfasst verschiedene Kompetenzen akademisch qualifizierter Pflegekräfte, die ableitend aus dem Datenmaterial entnommen wurden.

6.2.11.1 Fachkompetenz

Nach Aussage eines Arztes eigne man sich höhere Fachkompetenzen „(...) über eine akademische Ausbildung [an], wo du wirklich sagen kannst, ich versteh die Medikamente, ich versteh die unterschiedlichen Behandlungsansätze ich kann unterscheiden ambulante, stationäre Versorgungslinien, familiäre Situation, ich habe ein Gefühl von möglichen Konstrukten. So und mit dem Wissen jetzt wieder beratend in der Familie sein. Eigentlich sollten das die gerontologischen Schwerpunkte leisten“ (EP 10, Position 36). Akademisch qualifizierte Pflegekräfte hätten schon die entsprechenden Fachkompetenzen und könnten diese dementsprechend „(...) einsetzen, da gehts dann wahrscheinlich noch darum, wo setze ich den Fokus?“ (EP 1, Position 11). Dazu äußerte eine Projektleitung, dass in ihrem Projekt die Pflegekräfte auf Bachelorniveau eine hohe Fachkompetenz gehabt hätten „(...) also die Bachelorabsolventen haben eben eine hohe Fachkompetenz gehabt in Bezug auf Assessmentnutzung, Zusammenarbeit mit pflegewissenschaftlichen Fachkräften“ (FK 4, Position 8).

Demgegenüber gab eine Expertin an, dass sie in der Langzeitpflege erlebt hätte, dass Pflegekräfte ihre Kompetenzen nicht ausreichend nutzen „(...), warum können die nicht einmal ein Stethoskop nehmen und gucken ist die Lunge gut belüftet, wenn jemand irgendwie erkältet ist, also das ist doch wirklich keine Schwierigkeit und könnte einfach doch einen besseren Status erstmal erheben“ (EP 5, Position 29).

In den Fokusgruppen wird die Fachkompetenz von mehreren Teilnehmenden als Voraussetzung für viele Aufgaben und Tätigkeiten benannt. Zum Beispiel „(...) Beratungskompetenz erfordert natürlich die Fachkompetenz“ (FK 3, Position 163) oder „(...) meiner Meinung nach auch klar das Fachliche, die ganzen Schwerpunkte auszuweiten und Patientenbetreuung zu übernehmen“ (FK1, Position 3). Laut einer Teilnehmerin sei die pflegerische Qualität in den letzten Jahren deutlich schlechter geworden und dies sei nur mit einer besseren Fachlichkeit zu verbessern „(...) und die Fachlichkeit wird generell zunehmen, also die Notwendigkeit, der fachliche Blick (...) aber wir haben jetzt grade in den letzten zwei Jahren gemerkt, an welchen Stellen die Fachlichkeit hapert“ (FK 2, Position 6). Eine hohe Fachkompetenz helfe laut einer Fokusgruppenteilnehmerin eine führende Rolle einzunehmen, die es schon lange brauche im Hinblick auf die Pflegefachlichkeit (FK 2, Position 8).

6.2.11.2 Transferkompetenz

Für Patient*innen stelle es einen Benefit dar, „(...) wenn auch Pflegende das Wissen der evidenzbasierten Medizin auch theoretisch ja gelernt haben, dass in Anwendung übersetzen

können, da einfach auch die Qualität der Versorgung und der Pflege da auch noch verbessert wird“ (EP 2, Position 20). Dazu äußerte eine Expertin, dass es sehr viele pflegewissenschaftliche Erkenntnisse gebe, die „(...) es aber nicht in die direkte Versorgung schaffen und das ist ein Punkt, wo man meiner Meinung nach einfach ansetzen muss, dass diese Transferfreiheit sich verringert und das schaffen wir nicht, wenn wir ein Lager aufbauen die arbeiten wissenschaftlich und das andere die sind in der Praxis“ (EP 7, Position 17).

Ein Fokusgruppenteilnehmer beschreibt die Fähigkeit der Übersetzung der Erkenntnisse in die Praxis *„(...) dass die gelernt haben einmal Hintergrundwissen zu lesen, zu diskutieren, Projekte zu machen und aber auch am Arbeitsplatz aus der Situation einfach schnell eine Analyse zu machen (FK 2, Position 23).*

6.2.11.3 Methodenkompetenz

Innerhalb dieser Kategorie gab eine akademisch qualifizierte Pflegekraft an, dass ein Pflegestudium vorteilhaft wäre, um *„(...) Konzepte mit recherchiertem Hintergrund und Leitlinien zu hinterlegen. Ich glaube, das sind halt so Vorlagen und Vorteile, die mein Studium sozusagen mir mitgebracht hat, also das merke ich hier jetzt auch“ (EP 6, Position 20). Ihrer Ansicht nach besäßen akademisch qualifizierte Pflegekräfte die Fähigkeit sich „(...) Wissen schneller anzueignen oder schneller in Prozesse reinzukommen“ (EP 6, Position 20). Diese Ansicht teilt eine Fokusgruppenteilnehmerin ebenfalls und beschreibt diese Fähigkeit als ein Art Handwerkszeug *„(...), dass sie Handwerkszeug mitbringen, sich Dinge zu erarbeiten auf die Dinge draufzugucken, die Metaebene / auf die Metaebene zu gehen und sich Prozesse analytisch anzugucken, zu reflektieren“ (FK 3, Position 4). Des Weiteren beschreibt eine Teilnehmerin der Fokusgruppen eine ausgeprägte Fähigkeit, in „(...) der eigenen Infobeschaffung (FK 1, Position 85). Nach Aussage eines Arztes setzte er von einer Pflegekraft mit einer akademischen Ausbildung voraus, dass die Person „(...)Reflektionsfähigkeit gelernt hat, [der] Studienarbeit gelernt hat, [der] einfach gelernt hat was systematisch aufzusetzen, wie kann ich Ansprechpartner finden, also das wären eigentlich meine Anforderungen an jemanden, der eine akademische Ausbildung hat“ (EP 6, Position 18).**

6.2.11.4 Interkulturelle Kompetenz

Dazu berichtet eine akademisch qualifizierte Pflegekraft, dass sie in ihrer Einrichtung Klient*innen mit Migrationshintergrund betreuten, die der *„(...) deutschen Sprache fast gar nicht mächtig [sind]“ (EP 6, Position 6). Diese erhielten vom Arzt eine Diagnose oder einen Brief, den sich nicht verstünden „(...) und die kommen dann zu uns, werden überwiesen oder kommen zufällig“ (EP 6, Position 6). Zudem biete ihre Einrichtung seelische Beratung und Betreuung auf Deutsch und Arabisch an (EP 6, Position 10). Im Gegensatz zu anderen*

Berufsgruppen wäre die Pflege viel weiter „(...) *in der Frage der interkulturellen Berücksichtigung von Interessen*“ (EP 10, Position 38). Eine Teilnehmerin beschreibt ebenfalls, dass Sprache und Kommunikation innerhalb ihrer Arbeit eine Herausforderung darstellen. Sie sähe eine Aufgabe der aqP darin, (...) *Hilfsmittel und Tools und Schulungen*“ (FK 1, Position 59) als Unterstützung im alltäglichen Umgang zu erstellen.

Neben dem Fokus auf Patient*innen, gebe es laut einer Fokusgruppenteilnehmerin auch die Integration von migrierten Mitarbeiter*innen als Tätigkeit für aqP, die „(...) *Anerkennungsprüfungen leisten müssen. Die landen in einer völlig fremden Kultur, müssen sich damit erst auseinandersetzen, mit der Sprache, dann müssen sie noch das Fachliche irgendwie gut stellen, dass sie hier wahrscheinlich viel weniger machen dürfen als im Herkunftsland. Willkommenskultur, Schulungen auch für Mitarbeiter, das ist glaube ich auch ein Feld, wo's auch in der Zukunft sich weiter aufbaut, wenn sich das so in unserer deutschen Personalentwicklung der Pflege so weiter entwickelt. [...] dass auch wissenschaftlich aufzuarbeiten. Was haben wir da für Hilfsmittel, was gibt's in der Literatur, wie sind die Kulturen, dass man auch ein gegenseitiges Verständnis aufbringen kann, allein die Gesundheitssysteme sind ja schon super unterschiedlich [...].*“ (FK 1, Position 61).

7 Synopse der empirischen Daten und der Literatur

Die synoptische Darstellung der Ergebnisse zu den Aufgaben und Tätigkeiten sowie zu den Rahmenbedingungen umfasst eine strukturierte Aufbereitung aller erhobenen Primär- und Sekundärdaten. Sie bildet die Grundlage für die Formulierung der Handlungsempfehlungen. Für die Festlegung des Aufgaben- und Tätigkeitskatalogs sowie der Rahmenbedingungen wurden weitere Expert*innen aus verschiedenen Bereichen hinzugezogen, indem die vorläufigen Ergebnisse zur Kommentierung vorgelegt wurden.

7.1 Aufgaben und Tätigkeiten

Auf Basis der Literaturübersichtsarbeiten und der Interviews lassen sich neun Aufgabenbereiche von akademisch qualifizierten Pflegekräften identifizieren. Diese sind (Aus-)Bildung, Beratung, Förderung von Digitalisierungsprozessen, Pflegewissenschaft, Public Health Nursing, Case Management, Qualitätsmanagement, Pflege- und Therapieprozessverantwortung sowie Inter- & intraprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Aufgaben sind in Abbildung 2¹¹ grafisch dargestellt.



Abbildung 2: Aufgabenbereiche akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen

¹¹ Die identifizierten Themenbereiche sind in der Abbildung alphabetisch geordnet.

In den folgenden Übersichten sind die Aufgaben und zugeordneten Tätigkeiten detailliert beschrieben und aufgeführt.

7.1.1 (Aus-)Bildung

Tabelle 12: (Aus-)Bildung

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Interne Schulungen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Fortbildungsplanes individuell für die Mitarbeitenden (Interessen, Ziele, Ressourcen) • Schulungen anbieten und durchführen • Fachbereichsspezifische Schwerpunktschulungen • Schulungen zur aktuell besten verfügbaren Evidenz (z.B. Expertenstandards, Anwendung von Assessmentinstrumenten) • Fortbildung zu Dokumentationssystemen, assistiver Technik • Onboarding neuer Mitarbeitender • Integration von ausländischen Pflegefachpersonen • Fachliche (Kurz-)Fortbildungen • Ermitteln von Fort- und Weiterbildungsbedarfen im pflegerischen Team
International: Phelan und McCormack 2016; Widyarani et al. 2020	
National: Albers et al. 2022; Borutta et al. 2018; Burgi und Igl 2021a; Claaßen et al. 2021; Gisch und Lange 2017; Hähn und Bräutigam 2020; Haslinger und Rutenkröger 2022; Idler 2020, 2021; Kaltenbach-Schmökel 2014; Lange und Gisch 2017; Scheydt und Holzke 2018a; Wegner 2019; Zimmermann und Peters 2021	
Praxisanleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte wissenschaftsbasierte Anleitung von Auszubildenden und Studierenden im pflegerischen Alltag • Simulationstraining • Möglichkeiten für selbstständiges Lernen anbieten, z.B. in Form von Lerninseln • Ansprechperson in pflegfachlichen Fragen • Reflektionsgespräche zur Förderung verschiedener Handlungskompetenzen
National: Boguth 2011; Gisch und Lange 2017; Idler 2020, 2021; La Cruz et al. 2017; Scheydt und Holzke 2018a	
Begleitung Studierender	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung von wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeiten und studentischen Forschungsprojekten/Projektarbeiten • Begleitung bezüglich der (beruflichen) Perspektiven • Anleitung in spezifisch pflegewissenschaftlichen (erweiterten) Aufgaben/Arbeitsfeldern • Unterstützung des Transfers von theoretisch erlerntem ins Praxisumfeld
National: Gisch und Lange 2017; Hähn und Bräutigam 2020; Idler 2020, 2021; La Cruz et al. 2017	
Ausbildungs- /Praxiskoordination	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatzplanung • Fachliche und didaktische Planung der Lehrinhalte sowie die Strukturierung und Zuordnung zu den jeweiligen Ausbildungsjahren • Zuteilung der Praxisanleitung für die Aufbereitung bestimmter Themen/thematischer Einheiten • Ansprechperson für externe Kooperationspartner*innen (Hochschulen, Schulen)
National: Burgi und Igl 2021b	
Schulung der Praxisanleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Didaktische und fachliche Schulung/Beratung der Praxisanleitung

- Leiten von Qualitätszirkeln
- Übersetzen von wissenschaftlichen Erkenntnissen in praktische Anwendungsbereiche für Praxisanleitung

National: Idler 2020, 2021

7.1.2 Beratung

Tabelle 13: Beratung

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Kollegiale Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprechperson für Auszubildende und Kolleg*innen für fachliche Themen und Probleme innerhalb des Stationsalltages • Wahrnehmen von Gruppendynamiken und Problemen im pflegerischen Team
National: Doppelfeld und Klein 2021; Freund 2014; Scheydt und Holzke 2018a	
An- und Zugehörigenberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungsspezifische Beratung der Angehörigen (z.B. Demenz, Diabetes mellitus) • Schulungen zu bestimmten Themenkomplexen • Direkte Anleitung zu alltäglichen pflegerischen Tätigkeiten (z.B. Transfer, Körperhygiene, Ernährung) • Beratung zu Belastungssituationen und Entlastungsmöglichkeiten • Beratung zur Anpassung des häuslichen Umfeldes und zu Umzügen in institutionelles Wohnen • Psychosoziale Beratung (z.B. bei Demenz oder im Umgang mit Trauer)
International: Carrier und Newbury 2016; Gamble und Dening 2017; Kaasalainen et al. 2013; Lovink et al. 2019	
National: Doppelfeld und Klein 2021; Freund 2014; Hener 2016; Idler 2020, 2021; La Cruz et al. 2017; Schacke 2018; Scheel et al. 2018; Scheydt und Holzke 2018a; Wientjens et al. 2021; Wolff et al. 2020	
Lotsenfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Erstanamnese zur Einschätzung der Ressourcen und Bedarfe von Klient*innen für Sozial- und Gesundheitsleistungen • Aufzeigen von Anlaufstellen im Sozial- und Gesundheitswesen und weiteren Ansprechpersonen • Verweis auf Selbsthilfegruppen und Angehörigen-Netzwerke/Unterstützungen • Weiterleiten zu Spezialist*innen (z.B. Pflegestützpunkte, Fachärzt*innen)
National: Boguth 2011; Burgi und Igl 2021a; Idler 2020, 2021	
Gesundheitsberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung zum krankheitsspezifischen Verständnis der Klient*innen sowie zu Komplikationen und assoziierten Risiken • Beratung, um Adhärenz und Gesundheitskompetenz der Klient*innen zu fördern unter den Aspekten Lebensstil/Medikamenteneinnahme • Beratung zu chronischen Krankheitsverläufen und Umgang damit • Erarbeiten von Notfallplänen (Acute-Crisis-Management) • Förderung von Empowerment zu selbstbestimmten Leben mit Erkrankung • Beratung zur Gestaltung des häuslichen Umfeldes von Klient*innen
International: Aldridge 2014; Blakely und Cope 2015; Carrier und Newbury 2016; Luther et al. 2019; Nissanholtz-Gannot et al. 2017; Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Neylon 2015; Taniguchi et al. 2021	
National: Burgi und Igl 2021a; Dangel und Korporal 2014; Doppelfeld und Klein 2021; Hener 2016; Idler 2020, 2021; Kron und Kessler 2021; Naegele et al. 2019; Schäffer 2011; Scheydt und Holzke 2018a; Stephanow 2020; Szepan 2021; Wientjens et al. 2021	

Beratung zur unterstützten Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Klient*innen darin unterstützen, selbstbestimmte Entscheidungen im Versorgungssystem (z.B. auch Wohnformen) und Krankheitsgeschehen zu treffen • Transparentes Aufzeigen von Möglichkeiten unter Einbezug aller Vor- und Nachteile • Informed Consent und Shared Decision Making • Initiieren und Leiten von ethischen Entscheidungsfindungen • Leiten von ethischen Fallbesprechungen mit Personen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind, (ggf.) Einbezug von Zu- und Angehörigen
---	--

International: Gamble und Dening 2017; Kaasalainen et al. 2013; Lovink et al. 2019

National: Albers et al. 2022; Helbig et al. 2022; Idler 2020, 2021; Robert-Bosch-Stiftung 2018; Schacke 2018; Schmitte 2016; Scheydt und Holzke 2018a, 2018b; Szepan 2021

7.1.3 Case Management

Tabelle 14: Case Management

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Schnittstellenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Überleitungsmanagement zwischen akutklinischer Versorgung und ambulanter/stationärer/häuslicher Langzeitversorgung/Pflege im Quartier • Schnittstellenkommunikation, um eine strukturierte Informationsweitergabe zu gewährleisten • Interprofessionelle Schnittstellenkoordination auch über den Pflegeprozess hinweg
<p>International: Carrier und Newbury 2016; Mc Conkey und Hahessy 2018; O'Connor et al. 2018; Phelan und McCormack 2016</p> <p>National: Claaßen et al. 2021; Falkson und Roling 2016; Freund 2014; Genge et al. 2013; Gisch und Lange 2017; Hähn und Bräutigam 2020; Hener 2016; Heyelmann 2015; Idler 2021, 2020; Löser-Priester 2017; Oehmen 2013; Schäffer 2011; Scheydt und Holzke 2018a; Schmitte 2016</p>	
Krisenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Acute Crisis Management (z.B. Notfallplan bei Schmerzsituation) • Unterstützung im Prozess gesundheitlicher Vorausplanung (z.B. Advanced Care Planning, Klärung rechtlicher Aspekte)
<p>International: Begum und Riordan 2016</p> <p>National: Burgi und Igl 2021a; Löser-Priester 2017; Schacke 2018; Schmitte 2016</p>	
Monitoring und Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> • Langfristige Begleitung von Betroffenen und deren Betreuungs- und Versorgungssystemen über den Pflegeprozess hinweg • Steuerung des Versorgungsprozesses sowie der beteiligten Stakeholder
<p>International: Baetselier et al. 2021; Begum und Riordan 2016; Choi und Chang 2022; Collins 2019; Kilpatrick et al. 2020; Kosevich et al. 2014; Luther et al. 2019; Murray-Parahi et al. 2017; Neylon 2015; Nissanholtz-Gannot et al. 2017; Pearce und Breen 2018; Peel und Thomas 2022; Taniguchi et al. 2021</p> <p>National: Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a; Doppelfeld 2020; Doppelfeld und Klein 2021; Genge et al. 2013; Gisch und Lange 2017; Helbig et al. 2022; Hener 2016; Krause et al. 2018; La Cruz et al. 2017; Lücke 2020; Schmitte 2016; Wolff et al. 2020(Budroni et al., 2020; Burgi & Igl, 2021a; Doppelfeld, 2020; Doppelfeld et al., 2022; Genge et al., 2013; Gisch & Lange, 2017; Helbig et al., 2022; Hener, 2016; Krause et al., 2018; La Cruz et al., 2017; Lücke & Stephan, 2020; Schmitte, 2016; Wolff et al., 2020a)</p>	

7.1.4 Förderung von Digitalisierungsprozessen

Tabelle 15: Förderung von Digitalisierungsprozessen

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Mitarbeit an der Entwicklung von Apps Pflegeprogrammen/Dokumentationssystemen	<ul style="list-style-type: none"> • App-Entwicklung und Evaluation • Engagement zur Verbesserung von digitalen Dokumentationssystemen • Implementierung von digitalen Pflegeprogrammen
National: Frei 2021; Lange und Gisch 2017; Zimmermann und Peters 2021	
Telecare	<ul style="list-style-type: none"> • Ersteinschätzung und Beratung auf niederschwelliger Basis (Telefonhotline) • Begleitung von Pflegearrangements über Videokonferenzsystem • Unterstützung von An- und Zugehörigen bei Distance Caregiving
International: Wahlberg und Bjorkman 2018	
Nutzung von assistiver Technik	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfserhebung: Beratung zur Anwendung assistiver Technik (z.B. Ambient Assisted Living [AAL]) • Einsatz von assistiver Technik in der pflegerischen Arbeit mit Klient*innen (z. B., Künstliche Intelligenz, Bettsensorik) • Nutzung von Robotik (z.B. Telepräsenzroboter, Medikamentenroboter) • Evaluation des Einsatzes assistiver Techniken

7.1.5 Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit

Tabelle 16: Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Netzwerkarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionelle Zusammenarbeit, z.B. Vernetzung mit psychiatrischen Einrichtungen, Haus- und Fachärzt*innen in Praxen, Seelsorger*innen, Therapeut*innen • Intraprofessionelle Vernetzung über Settinggrenzen hinweg (z.B. Pflegepersonal in Rehabilitations- und Akutkliniken, ambulanter / stationärer Langzeitpflege, Heilerziehungspflege) • Hochschule als Kooperationspartner*in einbeziehen, z.B. für Projektarbeiten
International: Phelan und McCormack 2016	
National: Albers et al. 2022; Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a; Doppelfeld 2020; Doppelfeld et al. 2023; Haslinger und Rutenkröger 2022; Helbig et al. 2022; Kron und Kessler 2021	
Fachlicher Austausch	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekonsile einleiten und bearbeiten • Visiten im intra- und interprofessionellen Team leiten und organisieren • (Regelmäßigen) intraprofessionellen Austausch fördern • Fallbesprechung durchführen • Bedarfsbezogener Austausch mit Expert*innen • Austausch mit Mediziner*innen und weiteren Stakeholdern • Nutzen von digitalen Plattformen für Kommunikation und Kooperation • Besuch und Teilnahme an Kongressen • Vergleich von Einrichtungen zu deren Pflegearbeit • Repräsentation der Profession
National: Boguth 2011; Burgi und Igl 2021a; Freund 2014; Haslinger und Rutenkröger 2022; Helbig et al. 2022; Idler 2020, 2021; Klapper 2019; Köpke et al. 2015; La Cruz et al. 2017; Szepan 2021; Stephanow 2020	

Steuerung der Versorgung der externen Akteur*innen	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprechperson innerhalb der Einrichtung für alle externen Akteur*innen bzgl. organisatorischer Aspekte • Rekrutierung externer Expert*innen
--	---

National: Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a; Doppelfeld und Klein 2021; Helbig et al. 2022; Löser-Priester 2017

7.1.6 Pflegewissenschaft

Tabelle 17: Pflegewissenschaft

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Konzeptionelles Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Formulierung von Leitlinien und Konzepten für die pflegerische Praxis • Entwicklung von interprofessionellen Standards • Zielgruppenspezifische Konzepte zur pflegerischen Versorgung erstellen (Menschen aus Einwandererfamilien, Menschen mit Behinderung etc.) • Kultur- und gendersensible Pflege unter Berücksichtigung von Religion, Genderidentität, sexueller Orientierung sowie Intersektionalität
International: O'Connor et al. 2018; Widyarani et al. 2020	
National: Frei 2021; Gisch und Lange 2017; Hähn und Bräutigam 2020; Helbig et al. 2022; Ilder 2020, 2021; Kaltenbach-Schmökel 2014; Kempa 2020; Klapper 2019; Köpke et al. 2015; Löser-Priester 2017; Schacke 2018; Scheel et al. 2018; Scheydt und Holzke 2018a, 2018b; Stephanow 2020; Szepan 2021; Wegner 2019; Zimmermann und Peters 2021	
Pflegeforschung	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Forschungsarbeit leiten/daran mitwirken • Translations- und Implementierungsforschung • Analyse und Validierung von Screening- und Assessmentinstrumenten im speziellen Fachbereich
National: Hähn und Bräutigam 2020; Helbig et al. 2022; Klapper 2019; La Cruz et al. 2017; Löser-Priester 2017; Oehmen 2013; Scheydt und Holzke 2018a; Szepan 2021; Völkel und Peters 2020	
Pflegefachliches Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Literaturrecherche • Pflegewissenschaftliche Gutachten • Übersetzung/Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis und umgekehrt (z.B. Arbeiten nach Evidence Based Nursing Modell) • Hermeneutisches Fallverstehen unter Einbezug der Klient*innenwünsche, praktischen Erfahrungen von Pflegefachpersonen und den gegebenen Rahmenbedingungen
National: Frei 2021; Gisch und Lange 2017; Hähn und Bräutigam 2020; Helbig et al. 2022; Ilder 2020, 2021; Klapper 2019; Löser-Priester 2017; Köpke et al. 2015; Lange und Gisch 2017; Scheel et al. 2018; Scheydt und Holzke 2018a, 2018b; Stephanow 2020; Szepan 2021; Wegner 2019; Zimmermann und Peters 2021	

7.1.7 Pflege- und Therapieprozessverantwortung

Tabelle 18: Pflege- und Therapieprozessverantwortung

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Screening, Assessment & Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliches, psychisches und soziales Screening, Assessment sowie Diagnostizieren, z.B. präventionsbezogenes Risikoassessment, krankheitsspezifisches Risikoassessment, Sozialanamnese, biografisches Assessment, prästationäres Assessment, Geriatrisches Assessment
International: Aldridge 2014; Aplin 2017; Beeber et al. 2014; Begum und Riordan 2016; Bell et al. 2018; Blakely und Cope 2015; Bobonich und Nolen 2018; Carrier und Newbury 2016; Collins 2019; Crowe 2014; Kaasalainen et al. 2013; King et al. 2018; Kosevich et al. 2014; Leadbeater 2013; Lovink et al. 2019; Luther et al. 2019; Mc Conkey und Hahessy	

2018; Mohammed et al. 2020; Pearce und Breen 2018; Raleigh und Allan 2017; Wahlberg und Bjorkman 2018; Widyarani et al. 2020

National: Boguth 2011; Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021b, 2021a; Dangel und Korporal 2014; Doppelfeld 2020; Doppelfeld et al. 2023; Doppelfeld und Klein 2021; Freund 2014; Gaidys 2011; Hener 2016; Henni Rached 2021; Idler 2020, 2021; Scheydt und Holzke 2018b; Szepan 2021; Völkel und Peters 2020; Zegelin 2020; Zimmermann und Peters 2021

Bedarfserhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsbedarf erheben • Wohnraumanalyse • Erhebung sozialer Ressourcen • Barrieren für soziale Teilhabe erkennen • Hilfsmittelbedarf erheben • Bedarf und Ressourcen der Angehörigen erheben • Bedarfe assistiver Technologien erheben • Bedarfserhebung zum Einbezug von potentiellen Netzwerkpartner*innen von Einrichtungen
-----------------	---

National: Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a, 2021b; Doppelfeld 2020; Doppelfeld et al. 2023; Freund 2014; Gaidys 2011; Helbig et al. 2022; Idler 2020, 2021; Klapper 2019; Kron und Kessler 2021; La Cruz et al. 2017; Lücke 2020; Schmitte 2016

Ausübung von Heilkunde (§ 63 Abs. 3c, § 64d SGB V)	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben¹² in die Pflegepraxis implementieren • Verschreiben von Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 6 SGB XI
--	--

International: Baetselier et al. 2021; Blanck und Engström 2015; Chater et al. 2019; Collins 2019; Courtenay 2018; Drennan et al. 2011; Edwards et al. 2019; Farrell et al. 2017; Jiao et al. 2018; Kaasalainen et al. 2013; Kelly et al. 2017; Jackson et al. 2019; Kilpatrick et al. 2020; Latham und Nyatanga 2018; Lillo-Crespo et al. 2022; Link et al. 2014; Mc Conkey und Hahessy 2018; Mohammed et al. 2020; Neylon 2015; Pearce und Breen 2018

National: Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a; Doppelfeld 2020; Doppelfeld et al. 2023; Gisch und Lange 2017; Hener 2016; Löser-Priester 2017; Scheydt und Holzke 2018a

Gesundheits- und Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeiten nach dem Pflegeberufegesetz
--------------------------------	---

National: Claaßen et al. 2021; Doppelfeld et al. 2023; Hähn und Bräutigam 2020; Oehmen 2013; Scheydt und Holzke 2018a

7.1.8 Public Health Nursing

Tabelle 19: Public Health Nursing

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenspezifische Gesundheitsangebote • Niederschwellige Ansprache bei pflegerischen oder gesundheitspezifischen Fragen (z.B. Gesundheitskiosk, Präventive Hausbesuche, Gemeindegeschwester) • Feste Ansprechperson in Einrichtungen (z.B. Schoolnurse)

International: Abe et al. 2014; Aldridge-Bent 2011; Bell et al. 2018; Blakely und Cope 2015; Carrier und Newbury 2016; Luther et al. 2019; Nissanholtz-Gannot et al. 2017; Widyarani et al. 2020

¹² Bundesinstitut für Berufsbildung (2022): Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. Schriften der Fachkommission nach § 53 PflBG

National: Bensch 2020; Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a; Dangel und Korporal 2014; Doppelfeld et al. 2023; Freund 2014; Klapper 2019; Köpke et al. 2015; Löser-Priester 2017; Lücke 2020; Szepan 2021; Völkel und Peters 2020; Wegner 2019

- | | |
|--|--|
| Community Health Assessment und Gesundheitsinterventionen | <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von häufigen gesundheitsbezogenen Risiken und Erkrankungen in der Gemeinde • Fragestellungen für die Entwicklung von Gesundheitsinterventionen für verschiedene (vulnerable) Populationsgruppen bearbeiten • ambulante Versorgung chronisch erkrankter Menschen • Aufsuchende Gesundheitsversorgung und Beratung • Mitgestaltung der gesundheitsbezogenen Sozialraumentwicklung |
|--|--|

International: Abe et al. 2014; Bell et al. 2018; Widyarani et al. 2020

National: Budroni et al. 2020; Burgi und Igl 2021a; Doppelfeld 2020; Falkson und Roling 2016; Haslinger und Rutenkröger 2022; Schacke 2018

7.1.9 Qualitätsmanagement

Tabelle 20: Qualitätsmanagement

Tätigkeiten	Beschreibung der Tätigkeiten
Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation von Pflegeinterventionen • Erhebung pflegerischer Qualität anhand von verschiedenen Kriterien, wie z.B. psychologisches Wohlbefinden, Selbstständigkeit, Atmung, Autonomieerleben • Kontinuierliche Reflektion praktischer Abläufe und Implementierung evidenzbasierten Wissens • Überprüfung der vorhandenen Pflegedokumentation • Fallzahlenmonitoring, z.B. Dekubitus, Sturzvorkommnisse, Malnutrition erheben und beurteilen <p style="margin-left: 20px;">Präventive Qualitätsentwicklung statt Schadenskontrolle (z.B. Förderung der Umsetzung verschiedener präventiver Maßnahmen)</p>
<p>International: O'Connor et al. 2018; Widyarani et al. 2020</p> <p>National: Boguth 2011; Claaßen et al. 2021; Doppelfeld und Klein 2021; Frei 2021; Freund 2014; Gisch und Lange 2017; Hähn und Bräutigam 2020; Kempa 2020; Oehmen 2013; Schäffer 2011; Stephanow 2020; Wegner 2019; Zimmermann und Peters 2021</p>	
Prozessoptimierung	<ul style="list-style-type: none"> • Schwachstellen in der pflegerischen Versorgung identifizieren • Struktur- und Kontextanalyse innerhalb einer Einrichtung, z.B. Analyse eines Tagesablaufs • Anpassungen von Prozessen und Maßnahmen zur aktuell besten verfügbaren Evidenz • Versorgungsabläufe/pflegerische Maßnahmen planen und evaluieren <p style="margin-left: 20px;">Einsatz von verschiedenen Qualifikationsniveaus (Skill-Grade-Mix): Kompetenzen identifizieren und Einsatzmöglichkeiten einschätzen</p>
<p>National: Frei 2021; Haslinger und Rutenkröger 2022; Helbig et al. 2022; Klapper 2019; La Cruz et al. 2017; Lange und Gisch 2017; Reuschenbach 2021; Schacke 2018; Scheel et al. 2018; Scheydt und Holzke 2018b; Stephanow 2020; Szepan 2021; Zimmermann und Peters 2021</p>	

7.2 Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Strukturierung und Priorisierung der Daten wurde deutlich, dass sich die Inhalte verschiedenen Themenbereichen und Zielgruppen zuordnen lassen. Im Folgenden werden die Inhalte der Themenbereiche Bildung, Struktur, Professionalisierung und Finanzierung entlang der vier Zielgruppen beschrieben.

7.2.1 Rahmenbedingungen für die Förderung und Regulierung durch Staat und Selbstverwaltung

Tabelle 21: Rahmenbedingungen für die Förderung und Regulierung durch Staat und Selbstverwaltung

Bildung	<ul style="list-style-type: none">• Module § 64d SGB V und § 14 PflBG innerhalb des Studiums anbieten (Bachelor) als integraler Bestandteil im Studium (höhere Attraktivität)
Struktur	<ul style="list-style-type: none">• Verantwortungsbereiche und/oder Handlungsspielräume im intraprofessionellen Team beschreiben• rechtliche Grundlagen zur Substitution definieren in Bezug auf § 64d SGBV, wenn kein Anstellungsverhältnis zw. Pflege und Mediziner*innen oder Delegationsverhältnis besteht:<ul style="list-style-type: none">○ Haftung (vollständige Haftung)○ Verantwortung• Möglichkeiten für die aqP eigenständig Heilkunde auszuüben• Berücksichtigung der aqP in der Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege• Berücksichtigung der aqP in der Übernahme von bestimmten Leistungen in der ambulanten Pflege• Möglichkeit der Anstellung von Community Health Nurses/aqP bei Kommunen
Professionalisierung	<ul style="list-style-type: none">• Förderung der Akademisierungsquote innerhalb der Pflege• erweiterte Aufgaben einrichtungsbezogen beschreiben und Einsatz von aqP anhand von Evaluationsforschung begründen → Förderung der Aufnahme von aqP in Landesrahmenverträge• Förderung von Pflegeforschung, um den Nutzen von Akademisierung transparent darzustellen• Verankerung der Masterabsolvent*innen im Pflegeberufegesetz
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none">• Eigenes Verordnungsbudget festlegen und Budgetverantwortung für Aussteller*innen der Verordnung, wenn Modellprojekte abgeschlossen• Definition von erweiterten Aufgaben von aqP in der Langzeitpflege, Verhandlung mit Kassen, Verankerung in Landesrahmenverträgen<ul style="list-style-type: none">○ stationär: Aufgaben für aqP und aqP-Anteil für diese festlegen○ ambulant: Festlegung von Leistungen, die von aqP übernommen werden• Gesundheitskioske, Gemeindezentren, CHN über Kommunen finanziert• Finanzielle Förderung von Innovationen im Bereich des Einsatzes von aqP

7.2.2 Rahmenbedingungen für die berufspolitische Vertretung

Tabelle 22: Rahmenbedingungen für die berufspolitische Vertretung

Bildung	<ul style="list-style-type: none">• Förderung der Verankerung der Module heilkundlicher Tätigkeiten (§ 64d SGB V; § 53 PflBG) innerhalb der hochschulischen Ausbildung• Informationsaufbereitung und Verbreitung der akademischen Qualifikationsmöglichkeiten durch verschiedene Pflegestudiengänge/wissenschaftliche Weiterbildungen• Einsatz an den Schnittstellen zwischen Einrichtungen und Hochschulen zur niederschweligen Vermittlung von aqP an die Einrichtungen der Langzeitpflege und ambulanten Dienste bzw. Pflege im Quartier
Struktur	<ul style="list-style-type: none">• Rekrutierung von aqP für politische Vertretung, beispielsweise innerhalb von Kammerstrukturen und Berufsverbänden.• Vertretung der eigenen Profession im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)• Förderung der Refinanzierung von pflegerischen Leistungen akademisierter Pflegefachpersonen• Interprofessionelle Organisation• Aktives Hinarbeiten aus dem Delegationsverhältnis heraus und hin zur Substitution von erweiterten Aufgaben• Verwalten und Definition aller pflegerischer (auch bezogen auf aqP) Aufgaben und Tätigkeiten
Professionalisierung	<ul style="list-style-type: none">• Förderung von Forschung, um Outcomes der Versorgung durch aqP transparent darzustellen• Messung, Verbesserung und Stabilisierung der pflegfachlichen Qualität in der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie im Bereich von Community Health Nursing
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none">• Einsatz für die Selbstverwaltung der Pflege und der verfügbaren finanziellen Mittel für Pflegemaßnahmen unabhängig von weiteren Stakeholdern

7.2.3 Rahmenbedingungen für Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie Kommunen

Tabelle 23: Rahmenbedingungen für Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie Kommunen

Bildung	<ul style="list-style-type: none">• Akademisch qualifizierte Pflegekräfte übernehmen die praktische Anleitung von Pflegestudierenden bei Nachweis der entsprechenden Zusatzqualifikation• Träger*innen bieten Trainee Programme für Absolvent*innen an• [Von der Leitungsebene] Gelebte Qualifikationskultur innerhalb der Einrichtung• Ressourcen der Mitarbeitenden/akademisch Qualifizierten erkennen und fördern
----------------	---

Struktur	<ul style="list-style-type: none"> ● Bachelor- und Masterabsolvent*innen sind entsprechend ihrer Qualifikation integriert <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressourcenorientierter Personaleinsatz (Grade-Mix) ○ Grade-Mix als Werkzeug, um Qualität zu steigern ● Stellenbeschreibung/Aufgabenbeschreibung für Bachelor- und Masterabsolvent*innen sind klar formuliert ● Klare Regelungen der Arbeitszeiten bezogen auf die Ausübung bestimmter Aufgaben und Tätigkeiten (außerhalb und innerhalb der direkten Pflege) ● Einrichtungskultur bildet die Grundlage für Implementierung von aqP. Führung, Träger*innen und Mitarbeiter*innen vertreten die Implementierung überzeugend ● Möglichkeit der einrichtungsübergreifenden Anstellung von aqP (z.B. bei kleinen Einrichtungen) ● Verortung und Festhalten der Stellen im betrieblichen Organigramm, wenn Aufgaben festgelegt <ul style="list-style-type: none"> ○ Verantwortungsbereiche ○ Vernetzungsbereich ○ Weisungsbefugnisse ● Möglichkeit der Stabsstelle für haus- bzw. einrichtungsübergreifende Strukturen für spezielle Leistungen
Professionalisierung	<ul style="list-style-type: none"> ● Wissenschaftliche Begleitung zur Evaluation von aqP um Wirkung auf Pflegeoutcomes zu untersuchen und diese abbilden zu können ● Einrichtungsinterne Pflegeforschung fördern ● Berufliche Perspektiven bieten
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ● Bezahlung der aqP nach Tarifgruppen unter Berücksichtigung der Qualifikationsniveaus ● Aufgaben- & Tätigkeiten unabhängige Entlohnung → aqP und Einrichtungen könnten in gewissem Rahmen) selbst entscheiden wo Bedarf ist

7.2.4 Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte

Tabelle 24: Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte

Bildung	<ul style="list-style-type: none"> ● Eigene Verantwortungsbereitschaft zu lebenslangem Lernen, beispielsweise in Bezug auf Verordnung von Hilfsmitteln und Heilkunde ● interprofessionelle Kommunikation und Kooperation sowie die Förderung der Verantwortungsbereitschaft dazu im Team
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> ● Aufbau von Sichtbarkeit und Akzeptanz in der Gemeinde/Community durch eine eigenständige Betreuung von Patient*innen bzw. Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf

Professionalisierung	<ul style="list-style-type: none">● Verbesserung der direkten pflegerischen Versorgung durch aqP<ul style="list-style-type: none">○ Förderung des Theorie-Praxistransfers, um das beste Wissen für die Praxis nutzbar zu machen● Professionelle Identität entwickeln und diese nach innen und außen vertreten● Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln● Vertretung der Pflege auf berufspolitischer Ebene auf Grundlage einer weitreichenden Expertise (Lobbyarbeit)● Hohen eigenen Karriereanspruch verfolgen
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none">● Eigene Gehaltsvorstellungen und tarifliche Eingruppierungen kennen, klar äußern und verhandeln

8 Handlungsempfehlungen nach Zielgruppe

Aus den erarbeiteten Ergebnissen wurden die folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet und für die Zielgruppen der politischen Entscheidungsträger*innen (8.1), der berufspolitischen Vertreter*innen (8.2), der Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie für Kommunen (8.3) und schließlich für die Berufsgruppe der aqP selbst (8.4) beschrieben und begründet.

Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen ist die Förderung und Etablierung des Einsatzes akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in den hier beschriebenen Pflegesettings.

8.1 (Hochschul-) Politische Entscheidungsträger*innen

1. Hochschulen qualifizieren Pflegestudierende für die selbstständige Ausübung von Heilkunde

Nach § 63 Abs. 3c SGB V ist in Modellvorhaben eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf qualifizierte Pflegefachpersonen möglich. Der § 64d SGB V gibt vor, dass Modellvorhaben zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten verpflichtend durchgeführt werden müssen. Bisher konnten das BMFSFJ und das BMG die integrierten Module der Heilkundeübertragung nur an Hochschulen genehmigen, die ein primärqualifizierendes Pflegestudium anbieten, wenn bereits ein geplantes Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vorlag. Das hat sich geändert, seitdem die Fachkommission nach § 53 PflBG eingesetzt und mit der Erstellung der Module¹³ betraut wurde. Hochschulen können dadurch auch unabhängig von einem Modellvorhaben die Module der Heilkundeübertragung in ihre Modulhandbücher integrieren. Da es bisher nur wenige Hochschulen gibt, die diese Module anbieten, werden die Hochschulen aufgefordert, interne Strukturen zu entwickeln, sodass zukünftig mehr Absolvent*innen mit dieser Zusatzqualifikation zur Verfügung stehen.

2. Es werden gesetzliche Grundlagen für die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit bezüglich der Aufgabenbereiche, der Haftung und der Verantwortung des Verordnungsbudgets formuliert.

Aufgrund der Komplexität der Versorgung von Klient*innen und der voranschreitenden Akademisierung der Gesundheitsfachberufe benötigt es auch eine inter- und intraprofessionelle Abgrenzung der Aufgabenbereiche für akademisierte Pflegefachpersonen.

¹³ Es handelt sich um standardisierte Module für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen.

Dies bedeutet, Handlungsspielräume entsprechend der Qualifikation zu definieren, um dadurch Verantwortungsbereiche zuzuordnen, auch mit Blick auf eine mögliche Budgetverantwortung.

Im interprofessionellen Team bedarf es insbesondere in der Übertragung von Heilkunde im Rahmen der Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V in den Bereichen der Haftung, Verantwortung und des Verordnungsbudgets klare Regelungen. Dies ist für eine klare Aufgabenteilung im inter- und intraprofessionellen Team unerlässlich, um eine für Patient*innen gewinnbringende, effektive Zusammenarbeit in einem Qualifikationsmix zu gewährleisten.

AqP verfügen zukünftig über ein eigenes Verordnungsbudget und verwalten dieses auch selbst. Sie verfügen über finanzielle Mittel für Pflegemaßnahmen unabhängig von weiteren Stakeholdern. Dies gilt insbesondere über die Dauer von entsprechenden Modellprojekten hinaus.

3. Im Pflegepersonalbedarf der stationären und ambulanten Langzeitpflege werden die Qualifikationsprofile der akademischen Pflege mit aufgenommen.

Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege macht sich unter anderem an den Pflegegraden von Klient*innen fest. Je komplexer die Situation der Klient*innen eingeschätzt wird, desto mehr Personal und höhere Qualifikationsniveaus können refinanziert werden. Da aqP insbesondere für die Bedarfe von Klient*innen mit komplexen Situationen ausgebildet sind, ist es umso wichtiger, dass Qualifikationen, die hochschulisch erworben wurden, mit in die Bemessung einfließen. Eine vergleichbare Regelung ist auch für ambulante Dienste zu fordern.

4. Pflegeforschung zur Evaluation der akademischen Pflege wird finanziell unterstützt und gefördert.

Es werden Wirkungs- und Evaluationsstudien zur Implementierung von akademisierter Pflegepraxis durch aqP begleitend durchgeführt und finanziell gefördert. Die entsprechenden Erkenntnisse werden den Beteiligten auf allen Ebenen (Politik, Wissenschaft und in der Praxis) disseminiert. Zu erhebende Parameter sind unter anderem die entstehenden Versorgungsstrukturen und Implementierungsbedingungen sowie Pflegequalität und die Sicherheit der Patient*innen.

5. Die Refinanzierung von aqP erfolgt gemäß ihrer Qualifikation und muss entsprechend vergütet werden.

Einrichtungen benötigen für die Beschäftigung von aqP die Möglichkeit, diese zu refinanzieren. Bisher werden aqP in Verhandlungen mit den Kassen als Fachkräfte oder über Sonderschlüssel abgerechnet. Dadurch werden aqP weitgehend nicht ihrer Qualifikation entsprechend eingruppiert und vergütet.

Erweiterte Aufgabenbereiche, die aqP in der stationären Langzeitpflege übernehmen können, sollten in die Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI integriert werden. In der ambulanten Pflege sind Aufgabenbereiche der aqP an bestimmte Leistungen zu koppeln, die in die Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI aufgenommen werden, um diese innerhalb des Personalkörpers der Pflege refinanzieren zu können.

6. Verankerung des Einsatzes von Masterabsolvent*innen im Pflegeberufegesetz

Die Verankerung von aqP auf Masterniveau im Pflegeberufegesetz bildet die Grundlage zur Implementierung und Etablierung des Einsatzes von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen. Die gesetzlichen Regelungen zu Verantwortungs- und Aufgabenbereichen bilden die Basis für sowohl die institutionelle Verortung als auch die finanzielle Eingruppierung. Die Förderung einer Akademisierungsquote kann auch dazu beitragen, dass der Professionalisierungsprozess weiter gefördert wird.

8.2 Berufspolitische Vertreter*innen

1. Berufspolitische Vertreter*innen fordern die Hochschulen auf, Pflegestudierende zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten zu befähigen und bieten hierbei Unterstützung an.

Berufspolitische Vertreter*innen fordern die Hochschulen auf, zeitnah die Module der Fachkommission nach § 53 PflBG anzubieten, die die Pflegestudierenden zur Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten befähigen, um so in Modellvorhaben nach § 64d tätig werden zu können. AqP erlangen dadurch die Qualifikation, neben den ohnehin in den Curricula bereits verankerten erweiterten Aufgaben direkt nach ihrem Studium heilkundliche Tätigkeiten in der direkten Pflegepraxis zu übernehmen.

2. Berufspolitische Vertreter*innen sind aufgefordert an der Schnittstelle zwischen Hochschulen/Universitäten, Träger*innen, Kommunen und Einrichtungen zu agieren.

Durch ein gezieltes Schnittstellenmanagement von Seiten der berufspolitischen Vertreter*innen könnten alle Beteiligten hinsichtlich neuer Studiengänge und wissenschaftlicher Weiterbildungen beratend und informierend interagieren. Zudem dienen die berufspolitischen Vertreter*innen als Ansprechpartner*innen zwischen Bildungseinrichtungen und den Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege und des Quartiers, um Pflegestudierende bereits während des Studiums und nach dessen Abschluss in die Praxis zu integrieren. Ein Beispiel, um Vernetzung zu fördern, ist das Modell Academic-Practice-Partnership (APP), das in Österreich erfolgreich umgesetzt wird (Breuer 2015).

3. Berufspolitische Vertreter*innen der Pflege vertreten pflegepolitische Themen und sind ein fester Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

Die Interessen und Ziele der Profession für den Akademisierungsprozess werden somit durch die eigene Berufsgruppe eingebracht und fließen bei Entscheidungen mit ein. Themenbereiche, die unter anderem zu bearbeiten sind, sind die Refinanzierung von Pflegeleistungen durch aqP sowie die Regulierung der interprofessionellen Aufgabenteilung. Des Weiteren obliegt den berufspolitischen Vertreter*innen im Rahmen der Selbstverwaltung die Verwaltung und Definition aller pflegerischer Aufgaben und Tätigkeiten.

4. Berufspolitische Vertreter*innen fördern und fordern den Professionalisierungsprozess, um aus dem Delegationsverhältnis hin zur Substitution von erweiterten Aufgaben zu gelangen.

Basierend auf den Forderungen des Deutschen Pflegerates (DPR) ist es eine Aufgabe der berufspolitischen Vertreter*innen sich nachhaltig für die Arbeit im Substitutionsverhältnis einzusetzen. Berufspolitische Vertreter*innen der Profession Pflege nehmen zudem eigenständig Vorschläge zur Abgrenzung interprofessioneller Aufgaben vor.

5. Berufspolitische Vertreter*innen sowie Fachgesellschaften schaffen Strukturen für den internationalen Austausch und die Translation der aktuell besten wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Berufspolitische Vertreter*innen tauschen sich international aus. Sie erarbeiten länderübergreifend Fragestellungen, ermöglichen Lernprozesse (Policy Learning) und nutzen Synergieeffekte hinsichtlich der Dissemination von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Zudem

schaffen berufspolitische Vertreter*innen die benötigten Strukturen, die es aqP ermöglichen, ihre praxisfeldspezifischen Forschungsergebnisse in die entsprechende Fachöffentlichkeit zu tragen und einen Beitrag zum (internationalen) Diskurs zu leisten.

8.3 Träger*innen der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie Kommunen

1. Leitungskräfte leben eine Qualifikationskultur innerhalb der Einrichtung vor. Sie befürworten die Implementierung von aqP.

Durch eine gelebte Qualifikationskultur kann ein gegenseitiges Verständnis sowie eine Offenheit gegenüber den verschiedenen beruflichen Entwicklungen in der Pflege geschaffen werden. Daraus könnte ein berufliches Umfeld entstehen, in dem eine ständige Weiterbildung von allen Pflegekräften angestrebt und ermöglicht wird und individuelle Fachexpertise im intraprofessionellen Team wertgeschätzt wird.

Die Haltung der Leitung ist besonders wichtig, um intraprofessionelle Widerstände zu vermeiden und eine Qualifikationskultur nachhaltig positiv zu beeinflussen.

2. Einrichtungen integrieren Bachelor- und Masterabsolvent*innen entsprechend ihrer Qualifikation ins pflegerische Team.

Eine Integration der verschiedenen Qualifikationsniveaus innerhalb eines Pflegeteams bildet die Grundlage für einen sinnvollen Qualifikationsmix, der als Instrument für die Steigerung der Qualität der direkten Pflege genutzt werden sollte.

3. Kommunen, ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen erstellen für die Rekrutierung von aqP gezielte Stellenanzeigen und Stellenprofile.

Die Stellenprofile beinhalten das geforderte Qualifikationsniveau sowie exemplarisch die zugehörigen Aufgaben und Tätigkeiten. Kommunen, ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen beschäftigen sich vorab damit, welche Bedarfe konkret vorliegen und halten abhängig davon die Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen der Stellenbeschreibung fest.

4. Träger*innen, Kommunen und Einrichtungen bieten für aqP klare und transparente Strukturen.

Dies beinhaltet die Beschreibung der Stellen mit ihren jeweiligen Aufgaben und Tätigkeiten im betrieblichen Organigramm, in der Gestaltung von Arbeitsprozessen sowie den

Vernetzungsstrukturen, Weisungsbefugnissen und Verantwortungsbereichen. Es sind zudem Zeiten einzuräumen, in denen aqP außerhalb der direkten Pflege konzeptionell-theoretisch arbeiten können. Durch dieses Vorgehen können die entsprechenden Verantwortlichen den aqP wichtige berufliche Perspektiven bieten.

5. AqP werden entsprechend ihres hochschulischen Qualifikationsniveaus eingruppiert und entlohnt.

Davon ausgehend, dass aqP entsprechend ihrer Qualifikation Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen, müssen diese in die passenden Tarifgruppen eingruppiert werden. Dies ist noch nicht flächendeckend umgesetzt. Die Träger*innen, Kommunen und Einrichtungen setzen sich deshalb für eine gesetzlich verankerte und angemessene Vergütung von aqP ein.

6. Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen binden aqP durch verschiedene Beschäftigungsmodelle ein.

Träger*innen ambulanter Dienste und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege setzen entsprechend ihrer Möglichkeiten und Bedarfe aqP einrichtungsbezogen oder (einrichtungs-)übergreifend ein oder ziehen selbstständig praktizierende aqP für Konsultationen hinzu. Eine weitere Einsatzmöglichkeit besteht darin, aqP als dauerhafte Stabsstelle für bestimmte Themenbereiche bzw. Pflegeverantwortliche zu integrieren. Gibt es diesbezüglich keine klaren Regelungen, besteht die Gefahr, dass das Potenzial von akademisierten Pflegefachpersonen nicht genutzt wird.

8.4 Berufsgruppe der aqP

1. Die aqP ist Vorbild für die Berufsgruppe der Pflege und lebt das Leitbild des lebenslangen Lernens.

Im Sinne des Leitbildes des lebenslangen Lernens setzt sich die aqP kontinuierlich mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in ihrem Arbeitsfeld auseinander. Sie führt eigenständig wissenschaftliche Recherchen durch und schätzt die Qualität von wissenschaftlichen Studien ein. Sie übersetzt relevante Erkenntnisse unter Einbezug unterschiedlicher Wissensformen auf berufliches Handeln in der Pflege.

2. Die aqP vertritt eine professionelle Haltung und repräsentiert diese.

Die aqP entwickelt im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit eine professionelle Haltung und vertritt diese intra- und interprofessionell. Hierzu zählt unter anderem ein erweitertes Verständnis von Evidence Based Nursing (EBN) im Sinne hermeneutischen Fallverstehens unter Einbezug verschiedener Wissensformen, insbesondere der Anwendung von Evidenz in individuellen

Einzelfallentscheidungen, sowie die Vertretung von berufspolitischen Interessen in Verbänden, Kammern oder anderen Organen der Selbstverwaltung.

3. Die aqP trägt essentiell zur Verbesserung der direkten pflegerischen Versorgung bei.

Durch ihre Arbeit trägt die aqP aktiv zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Bürger*innen und Klient*innen bei. Durch ihr professionelles Handeln werden Defizite identifiziert und diese durch die Hinzunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse bearbeitet und die pflegerische Versorgung evaluiert. Im Rahmen dessen fördert die aqP den Theorie-Praxistransfer, d.h., die Translation von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Hinzunahme ihres fachlichen Erfahrungswissens, den gegebenen Ressourcen und den Wünschen der Beteiligten Klient*innen.

4. Die aqP übernimmt die volle Verantwortung für ihr Handeln und ist sich darüber bewusst.

Die aqP übernehmen selbstbewusst pflegerische Aufgaben und Tätigkeiten und tragen dadurch Verantwortung für ihr eigenes Handeln. Akademisierung und hochschulischer Lernhabitus führen zu einem bewussten Hinterfragen sowie zu reflektierten, wissens- und erfahrungsbasierten Entscheidungen, für die die aqP Verantwortung übernimmt.

5. Die aqP verfolgt einen hohen Anspruch für die eigene Kompetenzentwicklung.

Die aqP stellt selbstbewusst Erwartungen an ihre berufliche Weiterentwicklung. Das Aneignen von Kompetenzen stellt ein fortlaufendes Ziel ihrer Arbeit dar und liegt einem hohen beruflichen Engagement zugrunde. Die Rahmenbedingungen hierfür fordert sie ein.

6. Die aqP hat klare Gehaltsforderungen und kommuniziert diese.

Die aqP vertritt den Wert ihres akademischen Bildungsweges und ihrer Kompetenzen. Dahingehend kommuniziert die aqP den Mehrwert ihres Einsatzes für die Kommunen, ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen, der sich auch in ihren Gehaltsforderungen widerspiegelt.

9 Juristisches Gutachten

Im Folgenden ist das juristische Kurzgutachten, das im Rahmen des Projektes in Auftrag gegeben wurde, zu finden. Erstellt wurde dieses von Herrn Dr. Albrecht Philipp, Fachanwalt für Verwaltungsrecht und Sozialrecht.

Freiburg, den 3. Mai 2023
Az.: 7886 (AP-02-03/ER)

KURZGUTACHTEN

I.

Sachverhalt und Fragestellungen

Der Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg hat in der Zusammenarbeit mit der Katholischen Hochschule Freiburg und der Hochschule Furtwangen ein umfangreiches Projekt unter dem Titel (AP)²caritas „Akademische Pflege und erweiterte Pflegepraxis in der ambulanten und stationären Altenhilfe der Caritas“ durchgeführt. Das Projekt wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert.

Als ein Ergebnis des Projekts liegt – nach umfassender Auswertung der internationalen und der deutschsprachigen Literatur – eine Übersicht vor, für welche Tätigkeiten und Einsatzgebiete sich akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte – im Folgenden aqP – besonders anbieten. Zentral erscheint den Autorinnen und Autoren aus diesen Tätigkeitsfeldern die Steuerung des Pflege- und Therapieprozesses. Im Folgenden wird daher diese Aufgabe aus dem Blickwinkel des Berufsrechts, des Sozialrechts und des Haftungsrechts näher betrachtet. Dabei ist zum einen knapp der Ist-Stand, also die gegenwärtige Rechtslage, zu beschreiben. Zum anderen werden aber auch Rechtsentwicklungen beschrieben, die sich im Fluss befinden und die gegebenenfalls zu fördern sind.

II.

Berufsrecht

Zum Berufsrecht liegt mit dem Pflegeberufegesetz – PflBG – des Bundes vom 17.07.2017, in Kraft getreten zum 01.01.2020, eine vergleichsweise junge Kodifikation vor.

1. Vorbehaltsaufgabe

Nach § 4 Abs. 1, Abs. 2 PflBG dürfen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozess sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nur von Pflegefachleuten mit Berufserlaubnis durchgeführt werden. Liest man in diese Umschreibung der fachpflegerischen Aufgaben auch die Planung des Pflegeprozesses hinein, die nach Sinn und Entstehungsgeschichte des Gesetzestextes mitumfasst ist¹, so umschreibt diese gesetzliche Definition recht exakt das Tätigkeitsfeld, welches für aqP als besonders relevant erscheint.

Freilich ist die Aufgabe allen Pflegefachleuten, nicht nur aqP vorbehalten. Für die aqP konkretisiert vielmehr § 37 Abs. 3 Nr. 1 PflBG, dass die akademische Ausbildung zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen befähigt.

2. Bedeutung der Vorbehaltsaufgabe

In der Regelung als Vorbehaltsaufgabe spiegeln sich zugleich wichtige rechtspolitische Entwicklungen.

¹ Igl, Pflegeberufegesetz, 3. Auflage 2021, § 4 Rn. 45 m.w.N.; Klie, NDV 2023, 171, 173.

- a) Zwar dient die Regelung einer Vorbehaltsaufgabe der qualitativ fundierten Pflege und damit zunächst ausschließlich dem Wohlergehen der pflegebedürftigen Menschen. Dennoch zeigt bereits der Umstand, dass es außer der Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses keine weiteren Vorbehaltsaufgaben gibt, dass hier der Kern der eigenständigen Fachlichkeit von Pflegefachkräften – gleich ob akademisch qualifiziert oder nicht – gesehen wird. Gemeinsam mit anderen rechtlichen Entwicklungen – beispielsweise der Einführung von Pflegekammern in einigen Bundesländern – befördert die Vorbehaltsaufgabe also auch die Entwicklung eines eigenständigen Berufsbildes, welches exklusiv und im Unterschied zu allen anderen Berufsgruppen über eigenständige Kompetenzen verfügt².
- b) Traditionell versuchen die pflegerechtlichen Regelungen in Deutschland, über Fachkraftquoten und ähnliche Instrumente eine kompetente und hochwertige Pflege zu sichern. Dem liegt die Idee zugrunde, dass durch einen hohen Anteil fachlich gut ausgebildeter Menschen am Pflegepersonal pflegefachliche Grundsätze „unausweichlich werden“ und die konkrete Betreuung und Pflege pflegebedürftiger Menschen prägen. Dieser Ansatz, der ursprünglich noch auf das Heimgesetz des Bundes und die zugehörige Heimpersonalverordnung³ zurückgeht, findet sich beispielsweise weiterhin in der baden-württembergischen Landespersonalverordnung zum Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz – WTPG – wieder. Grundsätzlich müssen nach § 8 Abs. 1 Satz 1 LPersVO 50 % der Beschäftigten Pflegefachkräfte sein, und auch im Nachtdienst muss nach § 10 LPersVO stets eine Pflegefachkraft anwesend sein und die Hälfte des Nachtdienstes aus Pflegefachkräften bestehen.

Durch die Regelung der Vorbehaltsaufgabe werden Personalschlüssel und Fachkraftquoten zwar nicht unmittelbar aufgehoben. Ein anderer Regelungsansatz wird aber zumindest vorbereitet. Denn indem zunächst die Pflegewissenschaft und sodann auch die Gesetzgebungsorgane Klarheit gewonnen haben, was Pflegefachlichkeit im Kern ausmacht, drängt sich ein anderer Regelungsansatz als die – recht grobe – Quotenbildung auf. Die Aufgaben im Ablauf der Pflege können nun nach detaillierten fachlichen Gesichtspunkten auf das Personal verteilt

² ebenso Klie, NDV 2023, 171, 174.

³ § 5 Abs. 1 Heimpersonalverordnung vom 19.07.1993, zul. Geändert am 22.6.1998, BGBl I 1506

werden. Ist direkt sichergestellt, dass die entscheidenden Aufgaben von dafür gut qualifizierten Fachkräften erfüllt werden, muss dieses Ziel nicht mehr indirekt über Quoten und Personalschlüssel angesteuert werden⁴.

- c) Der aktuelle Stand des Pflegeberufgesetzes erscheint unter diesem Blickwinkel eher als Kompromiss und Zwischenergebnis, denn als konsequente Umsetzung des Weges von „Kompetenz statt Quote“. Denn nicht nur fallen Quoten und Personalschlüssel in die Regelungszuständigkeit der Landesgesetzgeber (Heimrecht) und der Selbstverwaltung der Sozialversicherung (Pflegeversicherungsrecht). Auch das Pflegeberufgesetz selbst sieht aqP zwar für besonders komplexe Pflegeprozesse als kompetent an, behält solche Prozesse aber nicht etwa ausschließlich den aqP vor. Vielmehr ist den Anforderungen des Gesetzes auch bei hoch komplexen Pflegeprozessen genügt, wenn sie von Pflegefachleuten ohne akademische Ausbildung gesteuert werden.

3. Ergebnis

Im Ergebnis erlaubt zwar das Berufsrecht die Tätigkeit von aqP in der Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen und fördert dies tendenziell auch. Allerdings erzwingen die gesetzlichen Regelungen des Berufsrechts einen solchen Organisationsansatz in Pflegeeinrichtungen bisher nicht.

III.

Sozialrecht

Die fachlich fundierte Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen ist auch wesentlicher Bestandteil der Vorgaben des SGB XI. Eine gewisse Unklarheit besteht allerdings im Blick auf die Wege, wie dies genau erreicht werden soll.

⁴ dazu etwa Jendrzej, Kompetenz statt Quote, Altenheim 1/2020, Seite 24

1. Regelungen

- a) Pflege nach dem SGB XI muss nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse durchgeführt werden. Dies ist im Gesetz mehrfach niedergelegt⁵.

Zum Stand der pflegerischen Erkenntnisse gehört seit einigen Jahrzehnten aber auch das Pflegeprozessmodell. Zum Beleg kann etwa auf die Aufnahme in das Heimgesetz (damals noch des Bundes) im Jahre 2001 ebenso verwiesen werden wie auf Art. 31 Abs. 7 der EU-Richtlinie 2005/36/EG⁶.

- b) Sowohl Pflegedienste als auch stationäre Pflegeeinrichtungen müssen nach § 71 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB XI unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft tätig sein. Die „Maßstäbe und Grundsätze“ nach § 113 SGB XI für die ambulante und stationäre Pflege gestalten dies aus. Ziffer 2.3 MuG regelt ausführlich die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Ziffer 3.1.3 MuG schreibt ausdrücklich vor: „Die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen erfolgt personenzentriert nach dem Pflegeprozess, der insbesondere die Schritte Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Intervention/Durchführung und Evaluation umfasst“⁷.

Der weitere Wortlaut von Ziffer 3.1.3 MuG sieht vor, dass „die Steuerung des Pflegeprozesses Aufgabe der Pflegefachkraft ist“.

Auch das Sozialrecht kennt in seiner Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben also den Vorbehalt des Pflegeprozesses für Pflegefachkräfte.

⁵ §§ 11 Abs. 1 Satz 1, 28 Abs. 3, 69 Satz 1 SGB XI

⁶ § 11 Abs. 1 Nr. 7 HeimG des Bundes i.d.F. ab 01.01.2002, BGBl 2001 I, 2970

⁷ Angaben aus den Maßstäben und Grundsätzen (MuG) für die vollstationäre Pflege vom 23.11.2018, letzte Änderung vom 09.11.2022

2. Unklarheiten

Zwischen der verbreiteten Pflegepraxis und den MuG einerseits und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts andererseits ist aber ein gewisser Widerspruch angelegt. Er betrifft die Frage, ob die Steuerung des Pflegeprozesses durch alle Pflegefachkräfte möglich ist, oder nicht doch zumindest Teile davon ausschließlich Aufgaben einer besonders qualifizierten Pflegefachkraft sind.

- a) Ziffer 3.1.3 im MuG⁸ spricht in Satz 2 von „Aufgabe der Pflegefachkraft“, nicht aber von Aufgabe der verantwortlichen Pflegefachkraft. Ebenso wie die in der Praxis verbreiteten Bezugspflegemodelle lassen es diese Vorgaben also ausreichen, dass die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses durch die Pflegefachleute „direkt vor Ort“ in den Stationen und auf den Touren der ambulanten Pflegedienste erfolgt.
- b) In seinem Urteil vom 22.04.2009⁹ hat das Bundessozialgericht freilich strengere Anforderungen aufgestellt. Danach bedeutet die „ständige Verantwortung einer verantwortlichen Pflegefachkraft“ im Sinne des § 71 Abs. 1, Abs. 2 SGB XI, dass die wesentlichen Steuerungsschritte des Pflegeprozesses nicht jeder Pflegefachkraft, sondern gerade der verantwortlichen Pflegefachkraft obliegt¹⁰. In Anlehnung an die ärztliche Verantwortung von Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V bedeutet die „ständige Verantwortung“ nach dieser Lesart, dass die wesentlichsten Schritte des Pflege- und Betreuungsprozesses von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen und entschieden werden.

Zwar sind Organisationsformen zulässig, welche die Pflegedienstleitung entlasten und ihre Aufgaben als verantwortliche Pflegefachkraft auf weitere Pflegefachleute delegieren. Diese müssen aber nach dem genannten Urteil dann höher qualifiziert sein als „einfache“ Pflegefachkräfte und die Fort- und

⁸ siehe oben Fn. 7

⁹ B 3 P 14/07 R

¹⁰ BSG, a.a.O., Rn. 17 ff.

Weiterbildungsanforderungen sowie die Berufserfahrung für verantwortliche Pflegefachkräfte mitbringen¹¹.

Diese Rechtsprechung wird von der Fachliteratur häufig zustimmend wiedergegeben, ohne die Kernfrage zu stellen: Sind besondere Anforderungen an die Qualifikation derjenigen Pflegefachleute zu stellen, die die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses übernehmen?¹².

- c) Zwar verlangt auch das Bundessozialgericht nicht den Einsatz gerade von aqP für die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses. Vielmehr knüpft es an die besonderen Qualifikationsanforderungen an, welche § 71 Abs. 3 SGB XI an die Berufserfahrung sowie an die Weiterbildung (460 Stunden) stellt. Dennoch ist aus struktureller Sicht nicht zu verkennen, dass verantwortliche Pflegefachkräfte gerade durch diese Weiterbildung – u.a. – besondere Kompetenzen in eigenständiger und analytisch-reflektierter Herangehensweise an den Pflegeprozess gewinnen sollen. Gerade diese Fähigkeit schreibt aber die amtliche Begründung zum Pflegeberufegesetz auch aqP zu¹³.

Auch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist damit als „rechtspolitische Tendenz“ der strukturierte und gezielte Einsatz von Pflegefachkräften für die Steuerungsaufgaben angelegt, die ein höheres Qualifikationsniveau erreicht haben.

3. Zwischenergebnis

Im Bereich des SGB XI gibt es mit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.04.2009 und der zu einem erheblichen Teil zustimmenden Fachliteratur im Ergebnis durchaus einen belastbaren Ansatz, im Bereich der Steuerung der Pflegeprozesse nicht nur eine allgemeine Fachkraftaufgabe zu sehen, sondern ein nochmals angehobenes Qualifikationsniveau vorauszusetzen. Dass diese Anhebung

¹¹ BSG, a.a.O., Rn. 24

¹² etwa Schütze, in: Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Auflage 2018, § 71 SGB XI Rn. 18 m.w.N.; Dickmann, in: Heimrecht, 11. Auflage 2014, § 71 SGB XI Rn. 4 ff.

¹³ BT-Drs. 18/7823, Seite 87

ausschließlich in wenigen Jahren Berufserfahrung und dem bekannten 460-Stunden-Kurs gesehen wird, dürfte historische Gründe haben. Als die untergesetzlichen Regelwerke zum SGB XI ab den späten 1990er Jahren entwickelt wurden, gab es noch kaum akademische Ausbildungsgänge zur Pflegefachkraft. Auch im Jahre 2009, als das Bundessozialgericht sein Urteil sprach, hatten sie bei weitem noch nicht die Etablierung der heutigen Zeit erreicht. Aus heutiger Sicht sollten die PDL-Fortbildung und der akademische Abschluss jedenfalls im Hinblick auf die hier relevante Aufgabe der Steuerung des Pflege- und Therapieprozesses als alternative Möglichkeiten anerkannt werden.

4. Weiterentwicklungsbedarf

In der Fachliteratur wird aus praktischer Sicht nicht selten berichtet, dass ein erheblicher Anteil der Pflegefachkräfte seine Stärke nicht in Planungs- und Steuerungsaufgaben hat¹⁴. Auch aus der Sicht eines Einrichtungsanwalts im Pflegebereich lässt sich sagen, dass viele qualitative Beanstandungen des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsichten letztlich in der Pflegeprozesssteuerung wurzeln. Beispielsweise werden Wahrnehmungen im Pflegeprozess häufig nicht in ihrer Bedeutung für die Fortschreibung der Planung erkannt.

Hier verspricht ein unvoreingenommener Blick auf die oben beschriebene Unklarheit (oben 2) Abhilfe. Akademisch qualifizierte Pflegekräfte haben systematisches Denken und die Planung komplizierter Prozesse in der Regel gründlich gelernt. Auch die Selbstverwaltung sollte daher bemüht sein, die Chancen zu nutzen, die in diesen Kompetenzen stecken. In der Konsequenz wäre – 14 Jahre nach dem zitierten Urteil des Bundessozialgerichts – zu klären, ob es bei dem Grundsatz der MuG „Planung ist Aufgabe jeder Pflegefachkraft“ bleiben soll, oder ob eine Differenzierung nicht mehr Qualität und auch mehr Zufriedenheit in den Belegschaften schaffen könnte.

¹⁴ siehe nur Klie, NDV 2023, 171, 178

IV.

Haftungsrecht

Im Zusammenhang mit dem Haftungsrecht hört man immer wieder den Satz, Pflegekräfte stünden „mit einem Beim im Gefängnis“. Das ist Unfug. Dennoch kann es im Sinne des Risikomanagements sinnvoll sein, die Planung und Steuerung der Pflegeprozesse in Einrichtungen und Diensten bei Kräften zu konzentrieren, die dafür besonders geeignet sind. Im Einzelnen:

1. Geringe Zahl von Haftungsfällen

Entgegen der verbreiteten Befürchtung sind Fälle nicht häufig, in denen Pflegefachkräfte persönlich strafrechtlich oder im Sinne eines privatrechtlichen Schadensausgleichs für „Pflegefehler“ zur Verantwortung gezogen werden. Gibt man beispielsweise in juristischen Medien wie juris oder beck-online die Suchbegriffe „Pflegefehler“ und „Haftung“ ein, so finden sich nur sehr wenige zivilrechtliche oder strafrechtliche Haftungsfälle. Im Vordergrund stehen vielmehr Vergütungskürzungen durch die Sozialleistungsträger gegenüber Einrichtungsträgern, die ihren Grund in Normabweichungen beim Personaleinsatz haben. Dabei handelt es sich aber nicht um „echte Haftungsfälle“, sondern um die Nichterfüllung formaler Anforderungen des Vergütungsanspruchs¹⁵.

Häufiger, auch in der spezialisierten Anwaltspraxis, sind Ersatzforderungen des Sozialleistungsträger oder Schmerzensgeldforderungen von pflegebedürftigen Menschen gegen den Einrichtungsträger. Aber auch hier hat die zivilrechtliche Rechtsprechung in den letzten Jahren einen äußerst differenzierten Blick eingenommen und unsinnigen Behauptungen wie „jeder Sturz ist ein Pflegefehler“ eine Absage erteilt¹⁶. Im Bereich der Planung und Pflegeprozesssteuerung wird eine Haftung im Regelfalle nur begründet, wenn er erkennbare Risiken übersehen oder in pflegfachlich unvertretbarer Weise aufgegriffen wurden.

¹⁵ etwa LSG Hamburg, 22.06.2017, L 1 KR 39/15

¹⁶ Grundlegend OLG Hamm 27.01.2014, 17 U 35/13

2. Steuerungsfunktion des Haftungsrechts

Auch wenn die Haftungsrisiken bei in großer und ganzer verantwortlicher Arbeit von Pflegefachkräften deutlich geringer sind als oft angenommen, bleibt das Haftungsrecht eine Antriebskraft für die Rechtsentwicklung. Bereits die Haftpflichtversicherungen der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser haben ein erhebliches Interesse daran, dass „typische Haftungsfallen“ beseitigt werden und werden ggf. Druck ausüben. Gerichtsentscheidungen, welche die Haftung bejahen, werden sogleich Einfluss auf Fortbildungen und die Prozessorganisation in den Einrichtungen haben.

In diesem Sinne ist haftungsrechtlich der Unterschied zwischen dem §§ 4, 5 PflBG einerseits und § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 PflBG interessant. Formuliert § 5 Abs. 3 Nr. 1a bis d PflBG die Steuerung des Pflegeprozesses als Ziel jeglicher Fachkraftausbildung, so spricht § 37 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 PflBG von „hochkomplexen Pflegeprozessen“ mit Blick auf aqP.

Wann ein „einfacher“ und wann ein „hochkomplexer“ Pflegeprozess vorliegt, ist freilich eine Einschätzungsfrage des Einzelfalles. Früher oder später wird es in der Versicherungspraxis und in der Rechtsprechung Fälle geben, in denen der Vorwurf erhoben wird, die Pflegeplanung und die Steuerung des Pflegeprozess habe in diesem Fall nicht einer „einfachen Fachkraft“ überlassen werden dürfen. Umgekehrt wird im Rahmen eines sinnvollen Risikomanagements die Schwelle des „Hochkomplexen“ niedrig anzusetzen und die Planung und Steuerung aller nicht einfachen Pflegeprozesse einer besonders qualifizierten Kraft zuzuweisen sein.

3. Ergebnis

Haftungsrecht ist nicht eigenständig, sondern betrifft die Folgen der Unterschreitung von Qualitätsanforderungen, die aus den fachlich einschlägigen Rechtsgebieten – hier dem Pflegeberufe- und dem Pflegeversicherungsrecht – folgen. Schreiben diese beiden Rechtsgebiete, wie die bisherige Untersuchung ergeben hat, aber nicht den Einsatz von aqP oder Pflegefachleuten mit einschlägiger Fortbildung für die

Steuerung der Pflege- und Therapieprozesse vor, so besteht im Ausgangspunkt auch kein Haftungsrisiko, wenn die Pflegeplanung auf alle Fachkräfte übertragen wird.

Allerdings haben sowohl das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 22.04.2009¹⁷ als auch der Gesetzgeber in § 37 Abs. 3 PflBG der Haftungsrechtsprechung Ansatzpunkte geliefert, um im Einzelfall dennoch die mangelnde Qualifikation der planenden und steuernden Pflegefachkraft zu beanstanden. Ein reflektiertes Risikomanagement wird darauf damit reagieren, höher qualifizierte Kräfte überall dort einzusetzen, wo eine pflegebedürftige Person irgendwelche erkennbaren, besonderen Schwierigkeiten mitbringt.

V.

Arbeitsrecht

Die Vorbehaltsaufgabe hat auch arbeitsrechtliche Folgen - auch die amtliche Begründung zum PflBG hebt neben dem Gesundheitsschutz der Pflegebedürftigen den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Überforderung am Arbeitsplatz als Zielrichtung der Vorbehaltsaufgaben hervor¹⁸.

Sollte sich die Entwicklung in Richtung „Kompetenz statt Quote“¹⁹ beschleunigen, wird darauf also auch arbeitsrechtlich zu reagieren sein. In Betriebsvereinbarungen und Arbeitsverträgen wird gegenüber dem bisherigen „Quotenmodell“ genauer zu regeln sein, welche Aufgaben welche Pflegefachkräfte erfüllen sollen. Je mehr die Aufgabe der Steuerung des Pflegeprozesses zu höher qualifizierten Pflegefachleuten wandert, desto drängender stellt sich auch die Frage nach den zugehörigen Weisungsbefugnissen.

Eine weitergehende arbeitsrechtliche Analyse muss im Arbeitsrecht spezialisierten Juristinnen und Juristen vorbehalten bleiben.

¹⁷ oben Fn. 9

¹⁸ BT-Drs.18/7823, 66

¹⁹ oben Fn. 4

VI.

Fazit

Sozialrecht und Berufsrecht sind bereits heute für die Tätigkeit von akademisch qualifizierten Pflegefachleuten im Feld der Planung und Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen offen. Weniger klar ist aber, in welchen Fällen diese Kräfte die Planungs- und Steuerungsaufgaben übernehmen sollten oder gar müssen. Hier gibt es ernsthafte Ansätze, aber keine klaren Vorgaben.

Überfällig erscheint angesichts der inzwischen großen Zahl von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften insbesondere die Diskussion, was die Betrachtung der Planungs- und Steuerungsaufgaben in den MuG betrifft. Im mindesten wären akademische Abschlüsse der klassischen PDL-Weiterbildung (460 Stunden), zumindest in den Einzelaspekten der Steuerung des Pflegeprozesses, gleichzustellen. Nicht fern liegt es auch, den – jedenfalls in der Tendenz angelegten – Widerspruch zwischen dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.04.2009 einerseits und dem Grundsatz der MuG verlässlich zu bearbeiten, wonach jegliche Planung durch jegliche Pflegefachkraft erfolgen kann. Es wäre bedauerlich, wenn diese Entwicklungen nicht durch die Fachleute in der Selbstverwaltung gesteuert, sondern der Rechtsprechung zu Haftungsfragen überlassen würden.

Zuletzt verdient die in verschiedenen Rechtsbereichen angelegte, aber nicht konsequent umgesetzte Umorientierung von Quoten hin zu Kompetenzen rechtspolitischen Nachdruck. Denn schon aufgrund des großen Mangels an Pflegefachkräften auf dem Arbeitsmarkt dürfte es unausweichlich sein, Kompetenzen und Weisungsbefugnisse an die Stelle starrer Quoten und Personalschlüssel zu setzen.

gez. Dr. Albrecht Philipp
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht und Sozialrecht

10 Diskussion

Auf der Basis der dargestellten Ergebnisse und Erkenntnisse wird die Komplexität deutlich, die dieses Forschungsfeld beinhaltet. An verschiedenen Stellen konnte gezeigt werden, wie wichtig genaue Begriffsklärungen sind, um beispielsweise die Differenzierung der Teilbereiche Aufgaben und Tätigkeiten, der (akademischen) Ausbildungsniveaus und der entsprechenden Berufsbezeichnungen darzustellen. Gleiches gilt auch für die genaue Eingrenzung der verschiedenen Stakeholder, an die sich die Handlungsempfehlungen richten. In Anbetracht der unzureichenden Studienlage zu diesem Thema ist vor allem die Betrachtung der unterschiedlichen Handlungsebenen unerlässlich. Ebendiese unterschiedlichen Perspektiven sind entscheidend, um aqP in der langzeitstationären und ambulanten Versorgungspraxis zu etablieren, gleichzeitig aber auch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu generieren und ultimativ dem gesamten Berufsstand attraktiv und innovativ zu gestalten.

Auf nationaler Ebene sind zunehmend die Bestrebungen erkennbar, Aufgaben und Tätigkeiten für aqP entsprechend ihres hochschulischen Qualifikationsniveaus zu entwickeln. Dies zeigt sich insbesondere in den Erkenntnissen im nationalen Review, in welchen sich eine bestehende Heterogenität der Berufsbezeichnungen sowie der tätigkeitsbezogenen Bezeichnungen abzeichnet. Eine Vereinheitlichung dieser auf Bundesebene, unter Einbezug der Qualifikationsniveaus und der Berufserfahrung, erscheint als dringend nötig. Durch eine einheitliche Festlegung können sowohl Aufgaben als auch Tätigkeiten den entsprechenden Qualifikationsniveaus zugeordnet werden und Stellenprofile in Einrichtungen transparent gestaltet und implementiert werden. Dabei sollte keine künstliche Trennung zwischen akutklinischen und langzeitstationären Settings erfolgen, sondern eine intraprofessionelle Verständigung über qualifikationsbezogene Berufsbezeichnungen und definitorische Grundlagenarbeit angestrebt werden. Vor allem vor dem Hintergrund des sich immer deutlicher abzeichnenden Mangels an langzeitstationären Pflegeheimen, unzureichenden pflegerisch-medizinischer Versorgung im ländlichen Raum bei gleichzeitig steigenden Raten an chronischen Erkrankungen oder demenziellen Veränderungen wird dem sektorenübergreifenden Arbeiten und Denken zukünftig ein deutlich höherer Stellenwert zukommen.

Bisher wurde vor allem das APN-Modell von Hamric und Hanson herangezogen, um eine Verbindung zwischen Qualifikationsniveaus, Kompetenzen und Aufgaben von aqP herzustellen, wobei direkte Tätigkeiten sind hier aber nicht verzeichnet (Albers et al. 2022; Doppelfeld und Klein 2021; Hamric et al. 2019; Naegele et al. 2019; Stephanow 2020; Ullmann et al. 2011). Häufig werden in diesem Zusammenhang Rollen und Berufsbezeichnungen wie Pflegeexpert*innen auf Masterniveau diskutiert und publiziert. Eine Einordnung von

Bachelorabschlüssen wird von den Autor*innen dagegen nicht vorgenommen. Darüber hinaus zeigen beispielsweise Scheydt und Holzke (2018) oder das Projekt 360° Pflege (Robert-Bosch-Stiftung 2018; Weidner und Schubert), definitorische Ansätze und Empfehlungen zur Verknüpfung von Qualifikationsniveau und Berufsbezeichnungen. Ausgehend von diesen ergänzenden Ansätzen wird jedoch die Notwendigkeit eines einheitlichen Begriffsverständnisses deutlich, da jede dieser Arbeiten unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet.

Im Rahmen der empirischen Datenerhebung konnte festgestellt werden, dass sich viele der benannten Aufgaben und Tätigkeiten von aqP intraprofessionell entwickeln. Das in einzelnen Interviews thematisierte Bild, die Pflege würde sich einen großen Teil ärztlicher Tätigkeiten aneignen, z.B. durch die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der Module nach § 64 SGB V, wird sowohl in den Interviews selbst entlang verschiedener Diskussionsstränge widerlegt und kann im Gesamtkontext dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Vielmehr ist festzuhalten, dass sich die Aufgaben und Tätigkeiten der aqP vor allem aus der zunehmenden Komplexität der pflegerischen Versorgung ergeben. Wie bereits im Pflegeberufegesetz § 37 Abs. 3 beschrieben, werden aqP gerade für solche komplexen Versorgungssituationen ausgebildet. Diese Erkenntnisse unterstützen die Forderungen des Wissenschaftsrat (2012a), der zunehmenden Komplexität der pflegerischen Versorgung mit akademischer Expertise zu begegnen. Hierzu gehört auch, dass, um eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können, die tradierten Hierarchie- und Professionsgrenzen aufgelöst werden müssen. Zentral dabei ist, dass Pflegenden nicht als „little doctors“ agieren sondern vielmehr eine hochwertige Primärversorgung im Sinn „big nurses“ erbringen (kna/aerzteblatt 2020).

In den Erkenntnissen der internationalen Recherche zeigt sich, dass aqP bereits eine Vielzahl an erweiterten Aufgaben und Tätigkeiten ausführen. Aus der Warte des deutschen Gesundheitssystem zeigt sich, dass sich dabei einige Tätigkeiten der aqP mit ärztlichen Tätigkeiten überschneiden, beispielsweise die Verordnung von Medikamenten oder die Anordnung von diagnostischen Tests (Bobonich und Nolen 2018; Kosevich et al. 2014; Lovink et al. 2019). Eine Konsequenz, die sich aus dem internationalen Review ableiten lässt, ist, dass durch die erweiterten Aufgaben von aqP zu einer größeren Kontinuität in der pflegerischen Versorgung führen. Dies ist vermutlich auf die größere Autonomie der Pflegenden und die damit einhergehende Reduktion von Schnittstellen zurückzuführen. Damit einhergehend zeigen die Studienergebnisse klare Hinweise darauf, dass durch die Sicherstellung der Versorgungskontinuität Wiedereinweisungen vermieden werden können (Facchinetti et al. 2020) und die Zufriedenheit der Klient*innen steigt (Berglund et al. 2013). Die Ergebnisse der empirischen Daten unterstützen zudem den beschriebenen Zusammenhang zwischen einer größeren Autonomie der Pflegenden und einer nachhaltigen

Kontinuität des Pflegeprozesses. Mit Blick auf die Ergebnisse des internationalen Reviews wird deutlich, dass ebendiese Autonomie eine hochwertige und effiziente pflegerische Versorgung ermöglicht. Um dies zu erreichen, bedarf es einen Paradigmenshift aus dem Delegations- hin zu einem Substitutionsverhältnis, um der Profession und akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen mehr Autonomie in der pflegerischen Praxis auf Grundlage ihrer Fachexpertise zu ermöglichen.

Die Aufgabe der Beratung stellt sich im Kontext des Aufgabenkatalogs als eine sehr komplexe und umfangreiche Aufgabe dar. Neben der intraprofessionellen Bedeutung erscheint die gesetzlich verankerte Pflegeberatung (§ 37 Abs. 3 SGB XI) in hochkomplexen Fällen als ein sehr wichtiger Teilaspekt in der Langzeitpflege. Sie richtet sich seit Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nicht nur an die Pflegeempfänger*innen, sondern auch an deren Angehörige und Zugehörige (GKV-Spitzenverband 2018). Eine Weiterentwicklung der Pflegeberatung und entsprechende Qualifizierungen, die für die hochkomplexen Beratungstätigkeiten notwendig sind, sollen zukünftig durch die aqP umgesetzt werden. Auch die Verantwortung und Durchführung von Case Management sowie die damit verbundene Pflege- und Therapieprozesssteuerung kann eines der Tätigkeitsfelder von aqP darstellen. In hochkomplexen Fällen kann eine aqP beispielsweise als leitende Akteur*in im Case und Care Management tätig werden, indem sie Versorgungsprozesse begleitet und beobachtet, Schnittstellen organisiert sowie Krisensituationen vorbeugt und bewältigt. Diese Vernetzung und Koordination verschiedener Versorgungsbereiche kann den vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) (2018) und Reuschenbach et al. (2022) benannten Risiken der Unter-, Über- und Fehlversorgung vorbeugen und zukünftig entscheidende Hilfen an den Schnittstellen der Versorgungslandschaft (insbesondere im ländlichen Raum) darstellen.

Ergänzend kann die Aufgabe der Pflege- und Therapieprozesssteuerung im Hinblick auf die Durchführung der Heilkunde eine kontinuierliche Versorgung durch aqP gewährleisten. Ein Assessment und eine Bedarfserhebung können sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting sehr komplex sein, da das gesamte System, um die Klient*innen herum berücksichtigt werden muss, wie z.B. familiäre Strukturen und Ressourcen sowie die Wohnsituation. Die Bedürfnisse der Klient*innen und ihre physischen und psychischen Ressourcen mit dem umgebenden System so weit es geht in Einklang zu bringen und das bestmögliche Outcome (z.B. Verbleiben in der angestammten Nachbarschaft) zu erreichen, erfordert ein hohes Ausbildungsniveau und die Fähigkeit, in komplexen Fällen lösungsorientiert und vernetzt im Sinne der betroffenen Person zu denken. Für diese Tätigkeiten sind fundierte wissenschaftliche Kenntnisse erforderlich, um die zur Verfügung stehenden Instrumente beurteilen und zielgerichtet einsetzen zu können. Es ist davon auszugehen, dass ein umfassendes Assessment und eine Bedarfserhebung die Grundlage für alle weiteren Schritte

bilden und einen großen Einfluss auf die spätere Versorgungsqualität sowie die Kontinuität der Versorgung haben. Diese ist zudem abhängig von der Zusammenarbeit des intra- und interprofessionellen Teams. Die aqP vermittelt zwischen verschiedenen Prozessbeteiligten, bildet ein Netzwerk, tauscht sich fachlich aus und steuert Akteur*innen, die innerhalb des Pflege- und Therapieprozesses beteiligt sind.

Für das Setting Quartier fordert Bundesgesundheitsministerium die Einrichtung von bundesweit ca. 1000 Gesundheitskiosken, die weitgehend von den Krankenkassen und Kommunen finanziert werden sollen. Als Pflegepersonal für die Gesundheitskioske sind allerdings bislang examinierte Pflegekräfte vorgesehen, möglichst mit einer Weiterbildung zur selbstständigen Heilkundeausübung. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) fordert jedoch, dass für eine qualitätsgesicherte Primärversorgung im Quartier Pflegefachkräfte auf Masterniveau erforderlich sind. Die Forderungen dieses Projektes unterstützen die Forderungen des DBfK und des Koalitionsvertrages 2021 zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der Gesundheits- und Krankenpflege (Die Bundesregierung 2021). Unter diesen Aspekten wäre es notwendig, hochschulische Qualifikationsniveaus als Voraussetzung für die Durchführung von Quartierspflege zu definieren und standardisierte Refinanzierungsmöglichkeiten zu schaffen oder eine sinnvolle Gestaltung dieser Versorgungsstrukturen in Form eines Grade-Mix mit akademisierter Beteiligung festzulegen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2021).

Weitere Aufgaben wie Qualitätsmanagement, Förderung von Digitalisierungsprozessen und Pflegewissenschaft sind einer Metaebene zuzuordnen. Diese Aufgaben sind notwendig, um langfristig an der Verbesserung der Versorgung zu arbeiten und dienen der Sicherung der Versorgungsqualität in der jeweiligen Einrichtung. AqP benötigen für diese Aufgaben feste Zeiträume und Strukturen außerhalb der direkten Klient*innenversorgung beispielsweise den Zugang zu entsprechender Literatur und Datenbanken oder Möglichkeiten zum fachspezifischen Austausch.

Die Tatsache, dass aqP mit einem pflegewissenschaftlichen Abschluss nicht für rein pädagogische Aufgaben ausgebildet sind, muss bei der Aufgabe der (Aus-)Bildung berücksichtigt werden. Die Begleitung der Studierenden erscheint im Rahmen der Aufgabe der Praxisanleitung sehr sinnvoll, da die Studierenden derzeit von Praxisanleiter*innen ohne Hochschulabschluss ausgebildet werden. Es erscheint daher naheliegend, dass aqP die Begleitung der Studierenden im Rahmen der Praxiseinsätze in der Langzeitpflege übernehmen, so dass eine pflegfachliche und pflegewissenschaftliche Perspektive mit

pädagogischer Qualifikation in der praktischen Ausbildung gewährleistet werden kann. Dies unterliegt allerdings der Empfehlung einer pädagogischen Weiterbildung für akademisch qualifizierte Praxisanleiter*innen. Ebendiese könnte in Form einer wissenschaftlichen Weiterbildung oder einer Praxisanleiter*innenausbildung im Rahmen des Bachelorstudiums erfolgen, wie dies in einigen Studiengängen bereits der Fall ist. Hier kann auf das Projekt HOPA "Praxisanleitung als integrierter Bestandteil von Bachelorstudiengängen" der Katholischen Stiftungshochschule München und der Universität Bremen Campus GmbH verwiesen werden, die derzeit im Rahmen ihrer Projektarbeit ein hochschulisches Weiterbildungsmodul zur Qualifizierung von Praxisanleiter*innen entwickeln (Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) 2023).

Auch die Ausbildungscoordination als eine mögliche Aufgabe für aqP ist insofern unerlässlich, als dass die Einrichtungen in Bezug auf die generalistische Pflegeausbildung vor großen Herausforderungen stehen und hierbei Unterstützung benötigen. Insbesondere in den Gruppendiskussionen, in denen Mitarbeitende aus der direkten Pflege vertreten waren, nahm das Thema einen großen Raum ein. Es wird deutlich, dass die von den Teilnehmenden formulierten Problemlagen nur bedingt Raum für das Schwerpunktthema Akademisierung lassen. Daraus lässt sich ableiten, dass aufgrund der hohen Belastungen und Unsicherheiten im Rahmen der Generalistischen Ausbildung bei einigen Teilnehmenden nur bedingt Kapazitäten für weitere berufliche Entwicklungsfelder vorhanden sind.

Auch wenn die einige Teilnehmende, die der direkten pflegerischen Praxis entstammen, diese begrenzten Kapazitäten bezüglich der Akademisierungsprozesse aufweisen, bildet der Gesetzesentwurf des Pflegestudiumstärkungsgesetzes (PflStudStG) vom Mai 2023 einen wichtigen Wegweiser parallel zum Projektverlauf. Der Entwurf unterstützt zum einen den hochschulischen Bereich in der Gesamtverantwortung und Koordination der gesamten Ausbildung, sowohl theoretisch als auch praktisch. Zum anderen sieht der Entwurf eine Ausbildungsvergütung der Studierenden vor, vergleichbar mit den Auszubildenden an Berufsschulen. Damit wird das Ziel verfolgt, die hochschulische Pflegeausbildung zu stärken und attraktiver zu gestalten, um langfristig mehr Studierende zu gewinnen. Im Rahmen der Handlungsempfehlungen dieses Projektes ermöglicht dieser Gesetzesentwurf neue Handlungsspielräume zur Umsetzung der Forderungen dieses Projektes.

Zusätzlich könnten die daraus resultierenden positiven Entwicklungen zukünftig dazu beitragen, dem hohen Bedarf an Pflegeforschung zu begegnen, der aus empirischen Daten deutlich hervorgeht. Es braucht dringend Wirkungsstudien zum Einsatz von aqP durchgeführt werden, um die fachliche Argumentation substantiell zu stärken. Bei einem flächendeckenden

Einsatz von aqP ist zu erwarten, dass auch Pflegeforschung flächendeckend durchgeführt wird und somit Professionalisierungsprozesse weiter voranschreiten können. Um diese Prozesse zu fördern, sind politische Instanzen, berufspolitische Vertreter*innen, Träger*innen und Einrichtungen dringend aufgefordert, die nächsten Schritte für die Akademisierung zu gehen. Die HQG-Studie hebt zudem hervor, dass die bislang geringe Akademisierungsquote auch im wissenschaftlichen Bereich zu erheblichen Nachwuchsproblemen und personellen Engpässen im professoralen Bereich führt. Die derzeitige Ressourcenknappheit in der hochschulischen Ausbildung wirkt sich somit hemmend auf die Entwicklung der Profession und der Forschung in Deutschland aus (Wissenschaftsrat 2022).

Die Zielgruppe der Träger*innen hat eine große Verantwortung bei der Implementierung von aqP. Auf der einen Seite müssen Führungskräfte hinter der Implementierung stehen und dies im intraprofessionellen Team kommunizieren. Zum anderen bedarf es klarer Strukturen, um die aqP innerhalb der Einrichtung entsprechend ihrer Qualifikation und der Aufgaben, die sie übernehmen, zu verorten. Derzeit sind die meisten aqP in der Langzeitpflege in der Verwaltung, Geschäftsführung oder als Pflegedienstleitung tätig (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022). Ein häufiges Argument in den Fokusgruppendifkussionen ist der Personalmangel in der Langzeitpflege und dass daher vor allem Pflegefachkräfte in der direkten Pflege benötigt werden. Des Weiteren wurde sowohl in der Literaturrecherche als auch in den erhobenen Daten ein ambivalentes Verhältnis zwischen den Erwartungen der aqPs und der Einrichtungsleitungen hinsichtlich der fachlichen Schwerpunktsetzung deutlich. Während aus Sicht der einbezogenen Leitungspersonen sehr häufig formuliert wird, dass die aqP Managementtätigkeiten anstrebten, betonen die aqP in den meisten Fällen den Anspruch und den Wunsch, in der direkten Patientenversorgung eingesetzt zu werden. Ein Aufgabenprofil im Pflegemanagement scheint für aqP im Widerspruch zur eigentlichen Berufswahl zu stehen und wird in den empirischen Daten als „demotivierend“ beschrieben. Dies widerspricht der von Claaßen et al. (2021) formulierten Annahme, dass Bachelorstudierende aufgrund fehlender Rollenvorbilder oder der bisherigen Dominanz pflegepädagogischer und Pflegemanagement-Studiengänge tendenziell Managementtätigkeiten anstrebten. Daraus lässt sich ableiten, dass noch ein großer Bedarf besteht, die Einrichtungen diesbezüglich zu sensibilisieren.

Ein großes Problem für die Einrichtungen stellt nach wie vor die Refinanzierung der aqP dar. Hier ist zum einen, wie bereits erwähnt, eine Änderung der gesetzlichen Grundlage notwendig. Bis dahin sind die Einrichtungen jedoch zusätzlich gefordert, kreative Ideen zur Refinanzierung von aqP zu finden, um die Wichtigkeit einer standardisierten Lösung gegenüber den politischen Instanzen darstellen zu können, wie sie beispielsweise auch von Gisch und Lange

(2017) oder Albers et al. (2022) gefordert wird. In der stationären und ambulanten Langzeitpflege werden aqP auch über einen Sonderschlüssel refinanziert oder als Pflegefachkräfte mit entsprechend niedrigerer Eingruppierung vergütet. Eine langfristige Refinanzierung über Sonderschlüssel oder als reguläre Pflegefachkräfte in niedrigen Eingruppierungen, wie bislang in der stationären und ambulanten Langzeitpflege gängige Praxis, kann keine zukünftige Lösungsstrategie zur sinnvollen Implementierung darstellen und sollte entsprechend der Empfehlungen des Projektes angepasst werden.

Im Laufe des Projektes wurde von den Forschenden festgestellt, dass es sich als sehr schwer darstellt, die Profession als Kollektiv zu adressieren. Dies liegt hauptsächlich an der Situation, dass es keine eindeutigen Ansprechpartner*innen bzw. Vertreter*innen gibt. Hierfür sind Kammerstrukturen mit klaren Zuständigkeiten sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene notwendig. Daher wurden stellvertretend Zusammenschlüsse von Akteur*innen wie der dt. Pflegerat, Fachkommissionen, Berufsverbände, Gewerkschaften und Vertreter*innen anderer Gremien, die die Pflege vertreten, adressiert, da diese eine tragende Rolle im Professionalisierungsprozess spielen. Über Kammerstrukturen könnte die Profession Pflege z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zukünftige Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Akademisierung mitverantworten und mittragen.

Ein weiterer Aspekt, der sich auch in den empirischen Ergebnissen des Projektes zeigt, sind unterschiedliche Haltungen der schulisch ausgebildeten Pflegekräfte zur Akademisierung (siehe auch Mertens et al. 2019). Einige sehen einen großen Gewinn und bringen viele Ideen für die Umsetzung in ihrem praktischen Arbeitsumfeld ein. Sie beschreiben Aufgaben und Tätigkeiten, die sie in ihrer Arbeit entlasten würden oder die über ihre Qualifikation hinausgehen. Im Gegensatz dazu gibt es Teilnehmer*innen, die sich gegen eine Akademisierung aussprechen. Sie geben an, keinen Mehrwert in der Arbeit von aqP zu sehen. Diese Aspekte sollten im Umsetzungsprozess aufgegriffen und bearbeitet werden. Stephanow (2020) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Akzeptanz und ein Mehrwert von aqP nur dann entstehen kann, wenn alle Beteiligten den Implementierungsprozess vertreten und somit eine kollektive Akzeptanz für aqP entsteht. Darüber hinaus verdeutlichen u. a. die Forderungen von Stephanow (2020) sowie Albers et al. (2022) auch die empirischen Ergebnisse dieses Projektes, dass klare Stellenprofile beschrieben und Verantwortungsbereiche definiert werden müssen. Diese Erkenntnis hat sich im Projektverlauf als unverzichtbarer Faktor für einen erfolgreichen Umsetzungsprozess herausgestellt.

11 Fazit

Auf der Basis der vorliegenden Arbeit wird das Potenzial deutlich, das mit der Implementierung von akademisch qualifizierten Pflegenden einhergeht, sowohl für die langzeitstationäre als auch für die ambulante Versorgung. Ebenfalls wird offensichtlich, mit wie vielen Hürden und fehlenden oder unklaren Rahmenbedingungen diese Entwicklung konfrontiert ist. Um das tatsächliche Potenzial abrufen und nutzen zu können, sollten sich vor allem Träger*innen und Einrichtungen neu ausrichten, berufspolitische Vertreter*innen, aber auch politische Entscheidungs*trägerinnen klar positionieren und engagieren.

Deutlich werden die zahlreichen Aufgaben und Tätigkeiten, die durch aqP ausgeführt und übernommen werden können. Gleichzeitig wurde darauf verzichtet, den Aufgabenkatalog nach Settings zu beschreiben, da auch in der stationären und ambulanten Langzeitpflege quartiersbezogene Aufgaben übernommen werden können. Umgekehrt können aqP, die im Quartier eingesetzt werden, auch andere im Aufgabenkatalog genannte Aufgaben übernehmen. Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage, welche spezifischen Aufgaben und Verantwortungsbereiche beschreiben werden können, werden die vielfältigen Möglichkeiten des Einsatzes von aqP sehr deutlich. Vor allem die Einsatzmöglichkeiten von aqP in der Pflege- und Therapieprozessverantwortung, dem Case Management oder Ausbildung und Beratung zeigen den Mehrwert deutlich auf und sind in Anbetracht der aktuellen aber auch zukünftigen Herausforderungen wesentliche Faktoren, um diese adäquat gestalten zu können.

Ferner muss auch festgehalten werden, dass Träger*innen und Einrichtungen bei der Integration von akademisch qualifizierten Pflegenden begleitet werden müssen. Vor allem die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen stellen deutliche Hürden dar. Träger*innen und Einrichtungen müssen sich vor der Implementierung von aqP darüber im Klaren sein, welche Aufgaben, entsprechend den Bedarfen der Einrichtung, im Fokus stehen und welche Aufgaben von aqP übernommen werden sollen. Es ist nicht zu empfehlen, dass alle im Aufgabenkatalog verankerten Aufgaben durch eine einzige aqP umgesetzt werden. Eine gezielte Auswahl einiger Aufgaben wird seitens der Projektgruppe klar empfohlen. Diese Auswahl sollte sich in Form einer Mischung aus klient*innen-nahen und anwendungsbezogenen, klient*innen-fernen Aufgaben und Tätigkeiten zusammensetzen.

An zahlreichen Stellen werden die dringend benötigten Rahmenbedingungen deutlich, die aktuell nur unzureichend bearbeitet werden. Hier sind alle am Prozessbeteiligte angehalten, sich zu engagieren. Auf berufspolitischer Ebene sollten beispielsweise weiterhin die Bestrebungen zur Kammerbildung (Landes- und Bundesebene) sowie das Streben nach

Selbstregulation der Berufsgruppe gefördert werden. Deutlich wird, dass die aufgeführten Aufgaben und Tätigkeiten dazu beitragen werden, die Attraktivität des Berufsbildes herauszustellen, neue Pflegende zu gewinnen, den Fachkräftemangel deutlicher zu adressieren als auch die Zufriedenheit der Pflegenden zu stärken. Hierfür ist sowohl eine Professionalisierung nach außen als auch intraprofessionell notwendig. Dabei wirken die immerwährenden Diskussionen über den grundsätzlichen Bedarf von aqP in der Pflege wie ein historisches Relikt, zeigen gleichzeitig aber auf, dass auch intraprofessionell weiterhin Anstrengungen unternommen werden müssen.

Zukünftig wird von der Projektgruppe empfohlen, weitere Forschungsvorhaben zur Implementierung von aqP – insbesondere auch außerhalb der stationären Akutpflegepraxis – zu begleiten und zu evaluieren. Somit könnte eine kontinuierliche Weiterentwicklung und eine nachhaltige Implementierung der gewonnenen Erkenntnisse in die Pflegepraxis ermöglicht werden. Zusätzlich könnte so im Rahmen einer Prozessbegleitung regulatorische Unterstützung für Einrichtungen geboten werden und unter anderem auch weitere Gelingensfaktoren evaluiert werden.

Literaturverzeichnis

- Aaron, Eliana M.; Andrews, Caryn S. (2016): Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. In: *Israel Journal of Health Policy Research* 5, S. 7. DOI: 10.1186/s13584-016-0065-8.
- Abe, M.; Turale, S.; Klunklin, A.; Supamane, T. (2014): Community health nurses' HIV health promotion and education programmes: a qualitative study. In: *International Nursing Review* 61 (4), S. 515–524. DOI: 10.1111/inr.12140.
- Ahrens, Thomas (2008): The most important vital signs are not being measured. In: *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* 21 (1), S. 3–5. DOI: 10.1016/j.aucc.2007.12.061.
- Albers, Anja; Creemers, Chris; Kaufmann, Lea; Pelz, Sabrina (2022): Advanced Nursing Practice verstehen und umsetzen. In: *Pflege Management* 75 (7), S. 23–25.
- Aldridge, Annette (2014): The role of the community nurse in psoriatic comorbidities interventions. In: *BR J COMMUNITY NURS* 19 (1), S. 38–42. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.1.38.
- Aldridge-Bent, S. (2011): Advanced physical assessment skills: Implementation of a module. In: *British Journal of Community Nursing* 16 (2), S. 84–88. DOI: 10.12968/bjcn.2011.16.2.84.
- Alvinus, Aida (Hg.) (2017): Contemporary Leadership Challenges. Erscheinungsort nicht ermittelbar: IntechOpen. Online verfügbar unter <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/43973>.
- Aplin, Neal (2017): Advanced nurse practitioner-led abdominal therapeutic paracentesis. In: *Emergency Nurse* 24 (10), S. 34–37. DOI: 10.7748/en.2017.e1648.
- Arksey, Hilary; O'Malley, Lisa (2005): Scoping studies: towards a methodological framework. In: *International Journal of Social Research Methodology* 8 (1), S. 19–32. DOI: 10.1080/1364557032000119616.
- Backhaus, Ramona (2017): Thinking beyond numbers: Nursing Staff and Quality of Care in Nursing Homes. Maastricht.
- Baetselier, Elyne de; Dilles, Tinne; Batalha, Luis M.; Dijkstra, Nienke E.; Fernandes, Maria I.; Filov, Izabela et al. (2021): Perspectives of nurses' role in interprofessional pharmaceutical care across 14 European countries: A qualitative study in pharmacists, physicians and nurses. In: *PLoS one* 16 (5), e0251982. DOI: 10.1371/journal.pone.0251982.
- Baumann, Anna-Lena; Kugler, Christiane (2019): Career prospects of graduate Bachelor nursing degree programs - Results of a nationwide study in Germany. In: *Pflege* 32 (1), S. 7–16. DOI: 10.1024/1012-5302/a000651.
- Beeber, Anna S.; Zimmerman, Sheryl; Reed, David; Mitchell, C. Madeline; Harris-Wallace, Brandy; Perez, Rosa; Schumacher, John G. (2014): Licensed nurse staffing and health service availability in residential care and assisted living. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 62 (5), S. 805–811. DOI: 10.1111/jgs.12786.
- Begum, Rahima.; Riordan, Sharon (2016): Nurses experiences of working in Crisis Resolution Home Treatment Teams with its additional gatekeeping responsibilities. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 23 (1), S. 45–53. DOI: 10.1111/jpm.12276.
- Bell, Jennie; Crawford, Ruth; Holloway, Kathy (2018): Core components of the rural nurse specialist role in New Zealand. In: *Rural and Remote Health* 18 (2). DOI: 10.22605/RRH4260.
- Benner, Patricia E. (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. = From novice to expert. 3. Nachdr. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege).
- Bensch, Sandra (2020): Gut beraten: Pflegespezialisten im Heim. In: *PflegeZeitschrift* 73 (6), S. 18–21. DOI: 10.1007/s41906-020-0707-x.
- Bergjan, Manuela; Tannen, Antje; Mai, Tobias; Feuchtinger, Johanna; Luboinski, Jennifer; Bauer, Julian et al. (2021): Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken: ein Follow-up-Survey. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 163, S. 47–56. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.04.001.
- Berglund, Helene; Wilhelmson, Katarina; Blomberg, Staffan; Dunér, Anna; Kjellgren, Karin; Hasson, Henna (2013): Older people's views of quality of care: a randomised controlled study of continuum of care. In: *Journal of Clinical Nursing* 22 (19-20), S. 2934–2944. DOI: 10.1111/jocn.12276.

- Blakely, Kala; Cope, Diane G. (2015): Establishing an Advanced Practice Nursing Clinic in the Cancer Setting. In: *Seminars in Oncology Nursing* 31 (4), S. 282–289. DOI: 10.1016/j.soncn.2015.08.004.
- Blanck, Susanne; Engström, Maria (2015): District nurses' prescribing practice and its link to structural conditions. In: *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 27 (10), S. 568–575. DOI: 10.1002/2327-6924.12234.
- Blanck-Köster, Katrin; Roes, Martina; Gaidys, Uta (2020): Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice): Ein Scoping-Review. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 115 (6), S. 466–476. DOI: 10.1007/s00063-020-00716-w.
- Bobonich, Margaret; Nolen, Mary (2018): Competencies for dermatology nurse practitioners. In: *J AM ASSOC NURSE PRACT* 30 (11), S. 606–613. DOI: 10.1097/JXX.000000000000137.
- Boguth, Katja (2011): Die Praxis erweitern. In: *Altenpflege*, S. 23–25.
- Borutta, Manfred; Lennefer, Joachim; Fuchs-Frohnhofen, Paul (2018): Die Bedeutung der Pflegewissenschaft als Grundlage der Pflegepraxis. Was akademisch ausgebildete Pflegekräfte in der Pflegepraxis leisten können und sollen. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 5 (2), S. 99–106.
- Brandenburg, Hermann; Bossle, Michael; Winter, Maik H.-J. (2021): Die (Alten-)Pflege braucht eine Zukunft. Ein dringender Appell an die deutsche Politik (61). In: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 2021 (1), S. 77–85.
- Breuer, Johanna (2015): Austausch von Wissen. In: *ProCare* 20 (10), S. 44–45. DOI: 10.1007/s00735-015-0585-4.
- Bryant-Lukosius, Denise; Valaitis, Ruta; Martin-Misener, Ruth; Donald, Faith; Peña, Laura Morán; Brousseau, Linda (2017): Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. In: *REV LAT AM ENFERMAGEM* 25, e2826. DOI: 10.1590/1518-8345.1677.2826.
- Budroni, Helmut; Daugardt, Katja; Ohms, Raphael (2020): Community Health Nursing – Pflege in der Primärversorgung. In: *GuS* 74 (3), S. 27–32. DOI: 10.5771/1611-5821-2020-3-27.
- Bulecheck, Gloria M.; Dochtermann, Joanne M.; Butcher, Howard K.; Wagner, Cherly M. (2016): Pflegeinterventionsklassifikation. (NIC). 1. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2023): Praxisanleitung als integrierter Ausbildungsbestandteil von Bachelorstudiengängen – Hochschulische Praxisanleitung (HOPA). Hg. v. BIBB-Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bibb.de/de/152086.php>, zuletzt geprüft am 26.06.2023.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. In: *Heilberufe* 71 (7-8), S. 18–23. DOI: 10.1007/s00058-019-0115-z.
- Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021a): Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. Hg. v. Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart. Online verfügbar unter www.bosch-stiftung.de, zuletzt geprüft am 10.05.2023.
- Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021b): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG (61).
- Büscher, Andreas; Igl, Gerhard; Klie, Thomas; Kostorz, Peter; Kreutz, Marcus; Weidner, Frank et al. (2019): Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift zur Ausübung vorbehaltener Tätigkeiten (§ 4 Pflegeberufegesetz). Anmerkungen und Lösungsvorschläge. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln. Online verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Aktuelles/Stellungnahme_zu_vorbehaltenen_T%C3%A4tigkeiten_2019-12-13_Version_final.pdf.
- Carrier, Judith; Newbury, Gina (2016): Managing long-term conditions in primary and community care. In: *British Journal of Community Nursing* 21 (10), S. 504–508. DOI: 10.12968/bjcn.2016.21.10.504.
- Chater, Angel M.; Williams, Jane; Courtenay, Molly (2019): The prescribing needs of community practitioner nurse prescribers: A qualitative investigation using the theoretical domains framework and COM-B. In: *J ADV NURS* 75 (11), S. 2952–2968. DOI: 10.1111/jan.14170.
- Chiffi, Daniele; Zanotti, Renzo (2015): Medical and nursing diagnoses: a critical comparison. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21 (1), S. 1–6. DOI: 10.1111/jep.12146.

- Choi, Young-Rim; Chang, Sun Ju (2022): Nurses' conceptualizations of managing emergencies in nursing homes. In: *Nursing & health sciences* 24 (1), S. 113–122. DOI: 10.1111/nhs.12900.
- Claaßen, Ailina Christina; Jeiler, Katharina; Martens, Dorothee; Oetting-Roß, Claudia (2021): Handlungsfelder und Arbeitsbereiche nach dem dualen Pflegestudium – Eine Verbleibstudie an der FH Münster. In: *HBScience* 12 (1-2), S. 30–38. DOI: 10.1007/s16024-021-00350-2.
- Coady, Veronica; Warren, Narelle; Bilkhu, Nancy; Ayton, Darshini (2019): Preferences for rural specialist health care in the treatment of Parkinson's disease: exploring the role of community-based nursing specialists. In: *AUST J PRIM HEALTH* 25 (1), S. 49–53. DOI: 10.1071/PY17119.
- Collins, Davina (2019): Assessing the effectiveness of advanced nurse practitioners undertaking home visits in an out of hours urgent primary care service in England. In: *Journal of Nursing Management* 27 (2), S. 450–458. DOI: 10.1111/jonm.12680.
- Courtenay, Molly (2018): An overview of developments in nurse prescribing in the UK. In: *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* 33 (1), S. 40–44. DOI: 10.7748/ns.2018.e11078.
- Crowe, Helen (2014): Advanced urology nursing practice. In: *Nature reviews. Urology* 11 (3), S. 178–182. DOI: 10.1038/nrurol.2014.16.
- Dangel, Bärbel; Korporal, Johannes (2014): Erweiterte pflegerische Tätigkeiten in der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung erfordern eine akademische Qualifikation. Innovative, ungewohnte und wechselnde Anforderungen. In: *PflegeZeitschrift* 67 (7), S. 408–411.
- Dangendorf, Sarah; Hucker, Tobias; Sander, Tobias (2017): Akademisierung und Geschlechtersegregation in der Altenpflege. In: *Pflege und Gesellschaft* 22 (2), S. 165–178.
- Darmann-Finck, Ingrid; Reuschenbach, Bernd (2018): Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2018*. 163–170. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 163–170.
- Deutsche Hochschulmedizin (2017): Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Aufgabe der Deutschen Hochschulmedizin. DHM_Faktenblaetter_Nr._4_Akademisierung. Hg. v. Deutsche Hochschulmedizin e.V., zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2019): *Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. Berlin.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2020): *Advanced Nursing Practice. Positionspapier*. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de>, zuletzt geprüft am 07.01.2023.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. (2021): *Aktionsprogramm 2030*, zuletzt geprüft am 05.07.2021.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.; Österreichischer Gesundheits- & Krankenpflegeverband; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2013): *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Positionspapier DBfK, ÖGKV und SBK zu ANP*. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Positionspapiere.php>, zuletzt geprüft am 23.01.2023.
- Die Bundesregierung (2021): *Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)*. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800>, zuletzt geprüft am 10.08.2023.
- Dielmann, Gerd (2019): *Pflegeberufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Text und Kommentar für die Praxis. neue Ausg.* Frankfurt am Main: Mabuse.
- Dieplinger, Anna Maria; Nestler, Nadja; Osterbrink, Jürgen (2018): Was auf Österreich zukommt. In: *ProCare* 23 (5), S. 32–35. DOI: 10.1007/s00735-018-0911-8.
- Dieterich, Sven (2020): Verbleib der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in den Gesundheitsfachberufen in Nordrhein-Westfalen: Ergebnisse zu Beschäftigungsmerkmalen und Kompetenzen in der Berufspraxis. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 82 (11), S. 920–930. DOI: 10.1055/a-1241-3983.

- Dieterich, Sven; Hoßfeld, Rüdiger; Latteck, Anne-Dörte; Fuchs-Rechlin, Kirsten.; Helmbold, Anke; große Schlarman, Jörg; Heim, Stefan (Hg.) (2019): Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS). Abschlussbericht durch das Forschungskonsortium VAMOS. [Bochum]: [hsg Bochum].
- Doppelfeld, Silke (2020): Hand in Hand für chronisch kranke Menschen. Projektbericht. In: *Pflege Leben* (02), S. 14–16.
- Doppelfeld, Silke; Klein, Stefanie (2021): Advanced Nursing Practice. Versorgung gemeinsam verbessern. In: *Altenpflege* 5 (46), S. 24–27.
- Doppelfeld, Silke; Sappok-Lae, Henrike; Klein, Stefanie; Faber, Elena; Lauven, Gunther (2023): Pflegeexpert_innen in der Primärversorgung von chronisch kranken Menschen. In: *Pflege* 36 (1), S. 56–63. DOI: 10.1024/1012-5302/a000926.
- Drennan, Vari; Goodman, Claire; Manthorpe, Jill; Davies, Sue; Scott, Cherill; Gage, Heather; Iliffe, Steve (2011): Establishing new nursing roles: a case study of the English community matron initiative. In: *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* 20 (20-21), S. 2948–2957. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03643.x.
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 2. Aufl. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Edwards, Julie; Hooper, Dawn; Rothwell, Gillian; Kneen, Kerrie; Watson, John; Saurman, Emily (2019): A nurse practitioner-led community palliative care service in Australia. In: *INT J PALLIAT NURS* 25 (5), S. 245–253. DOI: 10.12968/ijpn.2019.25.5.245.
- Elm, Erik von; Schreiber, Gerhard; Haupt, Claudia Cornelia (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (143), S. 1–7. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.05.004.
- Facchinetti, Gabriella; D'Angelo, Daniela; Piredda, Michela; Petitti, Tommasangelo; Matarese, Maria; Oliveti, Alice; Marinis, Maria Grazia de (2020): Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. In: *INT J NURS STUD* 101, S. 103396. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020): Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16613>.
- Falkson, Sandra; Roling, Maren (2016): Wenn das Zuhause zur Pflegestation wird. In: *JuKiP* 05 (05), S. 214–220. DOI: 10.1055/s-0042-112799.
- Farrell, Carole; Walshe, Catherine; Molassiotis, Alex (2017): Are nurse-led chemotherapy clinics really nurse-led? An ethnographic study. In: *International Journal of Nursing Studies* 69, S. 1–8. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.005.
- Feuchtinger, Johanna; Jahn, Patrick (2018): Deutscher Qualifikationsrahmen. beispielhafte Ausarbeitung als Arbeitsgrundlage für die Arbeitsgruppen. Online verfügbar unter <https://qualifikationsmix-pflege.de>, zuletzt geprüft am 07.02.2023.
- Fischer, Guntram (2020): Gesundheitszentren als innovative Lösung der absehbaren Versorgungskrise im ländlichen Raum. In: Mario A. Pfannstiel, Kristin Kassel und Christoph Rasche (Hg.): Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen. Wiesbaden, Heidelberg: Springer Gabler, 335-334.
- Flückinger, Carol; Hulmann, Ursina; Hänni, Tobias (2019): Die Vielfalt der Advanced Practice in der Pflege. In: *Vitamin G Für Health Professionals mit Weitblick*, S. 19–21.
- Frei, Irena Anna (2021): „Aus der Praxis – für die Praxis“ – Perspektiven aus der wissenschaftlichen Praxis. In: *Pflege* 34 (6), S. 289–290. DOI: 10.1024/1012-5302/a000837.
- Freund, Kerstin C. (2014): Strukturelle Rahmenbedingungen in der Altenpflege. Aufgaben und Verantwortlichkeiten in Altenpflegeeinrichtungen. eine Fallstudie (Teil1). In: *Pflegewissenschaft* 16 (2), S. 88–100, zuletzt geprüft am 20.03.2023.
- Gaidys, Uta (2011): Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung - Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: *Pflege* 24 (1), S. 15–20. DOI: 10.1024/1012-5302/a000087.
- Gamble, Jean Karyn; Denning, Karen Harrison (2017): Role of the Admiral Nurse in supporting a person with dementia and their family carer. In: *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* 32 (5), S. 44–51. DOI: 10.7748/ns.2017.e10669.

- Geithner, Luise; Arnold, Doris; Feiks, Alexandra; Helbig, Anna Katharina; Scheipers, Maike; Steuerwald, Tatjana (2016): Advanced Nursing Practice. Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt EB– Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung Nr. (4). Hg. v. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ludwigshafen.
- Genge, Uwe; Thissen, Katrin; Schulz, Michael (2013): Pflegeexperten in der Psychiatrie. In: *Psych Pflege* 19 (05), S. 247–253. DOI: 10.1055/s-0033-1356773.
- Gisch, Désirée; Lange, Heike (2017): Bachelorabsolventen Pflege 2016. Eine qualitative Studie, Teilstudie 1. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 3 (5), S. 136–145.
- GKV-Spitzenverband (2018): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI vom 7. Mai 2018. Pflegeberatungsrichtlinien. in der Fassung vom 5. Oktober 2020. Hg. v. GKV-Spitzenverband. GKV-Spitzenverband.
- Grant, Maria J.; Booth, Andrew (2009): A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. In: *Health information and libraries journal* 26 (2), S. 91–108. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.
- Gray, Mikel; Ratcliff, Catherine; Maywer, Robert (2000): A brief history of advanced practice nursing and its implications for WOC advanced nursing practice. In: *J WOCN* 27 (1), S. 48–54. DOI: 10.1016/S1071-5754(00)90042-1.
- Hähn, Katharina; Bräutigam, Christoph (2020): Beschäftigung hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen als Herausforderung für Arbeitgeber. Qualifizierung in der Pflege: Ausbildungen nach dem Pflegeberufegesetz; Qualifikationsprofile in der Pflege; Qualifizierung auf dem Weg zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung B W P Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis.
- Hamric, Ann B.; Hanson, Charlene M.; Tracy, Mary Fran; O'Grady, Eileen T. (Hg.) (2019): Advanced practice nursing. An integrative approach. 6. Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Haslinger, Andreas; Rutenkröger, Heiko (2022): 360°-Pflege-Coaches in einem ambulanten Pflegedienst. Qualifikation(-smix) motiviert und erhöht die Pflegequalität. In: *PflegeZeitschrift* (75), S. 30–31.
- Helbig, Roman; Metzging, Sabine; Schänthaler, Adelheid; Latteck, Anne-D. (2022): Professionelle Pflege von Menschen mit schweren Körperbehinderungen. Verbesserung der Lebensqualität durch Advanced Practice Nurses. In: *Pflegewissenschaft* 24 (6), S. 347–353.
- Helfferich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS (Handbuch), S. 559–574.
- Hener, Christian (2016): Narrative Rollenentwicklung. Advanced Practice Nursing. In: *PflegeZeitschrift* 69 (12), S. 749–753.
- Henni Rached, Imane (2021): APN in der kultursensiblen Palliativversorgung. In: *Pflege* 74 (3), S. 22–25. DOI: 10.1007/s41906-021-0991-0.
- Heyelmann, Lena (2015): Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Hussy, Walter; Schreier, Margrit; Echterhoff, Gerald (2013): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Idler, Nadja (2020): Kompetenzen Kombinieren 360° Pflege Qualifikationsmix in der ambulanten Versorgung. In: *Die Schwester der Pfleger* (2), S. 47–52.
- Idler, Nadja (2021): Zukunftsfähig versorgen. Qualifikationsmix in der Pflege. In: *Die Schwester der Pfleger* (2), S. 48.
- International Council of Nurses (ICN) (2023): Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Geneva, Switzerland (978-92-95099-71-5). Online verfügbar unter https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Jackson, Hazel Anita.; Oliver, JoAnn S.; House, Kim. (2019): Evaluation of the Pronouncement of Death Policy Implementation and Outcomes: Implications for Advanced Practice Nursing. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 21 (2), S. 139–143. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000504.
- Jenkins, Rachel; Jähnke, Anke; Bischofberger, Iren (2021): Gut leben zuhause mit Multimorbidität. In: *Pflege* 34 (6), S. 311–319. DOI: 10.1024/1012-5302/a000838.

- Jiao, Shiyin; Murimi, Irene B.; Stafford, Randall S.; Mojtabai, Ramin; Alexander, G. Caleb (2018): Quality of Prescribing by Physicians, Nurse Practitioners, and Physician Assistants in the United States. In: *Pharmacotherapy* 38 (4), S. 417–427. DOI: 10.1002/phar.2095.
- Kaasalainen, Sharon; Ploeg, Jenny; McAiney, Carrie; Schindel Martin, Lori; Donald, Faith; Martin-Misener, Ruth et al. (2013): Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. In: *INT J PALLIAT NURS* 19 (10), S. 477–485. DOI: 10.12968/ijpn.2013.19.10.477.
- Kaltenbach-Schmökel, Iris (2014): Reorganisation der Dienstleistung Pflege durch Experten an der Basis. Mögliche Einsatzfelder der Bachelor-Pflege-Absolventen als eine Aufgabe des Managements. In: *Pflegewissenschaft* 16 (5), S. 304–312.
- Kelly, Jo; Garvey, Deb; Biro, Mary Anne (2017): Managing medical service delivery gaps in a socially disadvantaged rural community: a Nurse Practitioner led clinic. In: *AUST J ADV NURS* 34 (4), S. 42–49.
- Kempa, Sabine M. (2020): ANP: Zwischen Forschung und Praxis. In: *PflegeZeitschrift* 73 (1-2), S. 47–48. DOI: 10.1007/s41906-019-0202-4.
- Kilpatrick, Kelley; Tchouaket, Éric; Jabbour, Mira; Hains, Sylvie (2020): A mixed methods quality improvement study to implement nurse practitioner roles and improve care for residents in long-term care facilities. In: *BMC Nursing* 19 (1). DOI: 10.1186/s12912-019-0395-2.
- King, Anna I.; Boyd, Michal L.; Raphael, Deborah L.; Jull, Andrew (2018): The effect of a gerontology nurse specialist for high needs older people in the community on healthcare utilisation: a controlled before-after study. In: *BMC geriatrics* 18 (1), S. 22. DOI: 10.1186/s12877-018-0717-3.
- Klapper, Bernadette (2019): Exkurs "Mit Eliten pflegen": den Pflegeberuf stärken, Attraktivität kommunizieren. In: Joachim Pröhl, Vera Lux und Peter Bechtel (Hg.): *Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 243–246.
- Klein, Bettina; Hamel, Lucas; Peters, Miriam; Meng, Michael (2022): Patientenbezogener Mehrwert des Einsatzes von Pflegefachpersonen mit akademischer Ausbildung: ein Rapid Review. Version 1. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn. Online verfügbar unter https://res.bibb.de/vet-repository_780880.
- kna/aerzteblatt (2020): Strategieprozess für Gesundheitsberufe startet Ende Januar. In: *aerzteblatt*, 22.01.2020.
- Kobleder, Andrea; Mayer, Hanna; Senn, Beate (2020): Die Advanced Practice Nurse (APN) in der gynäkologischen Onkologie. In: *Pflege* 33 (1), S. 13–23. DOI: 10.1024/1012-5302/a000707.
- Köpke, Sascha; Ayerle, Gertrud M.; Müller-Fröhlich, Christa (2015): Pflege studieren an Medizinischen Fakultäten. Traditionelle Grenzen überwinden. In: *PflegeZeitschrift* 68 (5), S. 268–271.
- Kosevich, Gwen; Leinfelder, Anna; Sandin, Karl J.; Swift, Erin; Taber, Susan; Weber, Rebecca; Finkelstein, Marsha (2014): Nurse practitioners in medical rehabilitation settings: A description of practice roles and patterns. In: *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26 (4), S. 194–201. DOI: 10.1002/2327-6924.12038.
- Krause, Gerrit; Lux, Gerald; Mens, Beate (2018): Wissenschaft schafft Wissen. Sicherung des Patientenoutcomes in der Pflege. In: *KU Gesundheitsmanagement* (5), S. 55–57.
- Kron, Annika; Kessler, Andrea (2021): Die Gemeindegewerkschaft plus im nördlichen Rheinland-Pfalz. Gut Versorgt im ländlichen Raum. In: *Heilberufe* (73), S. 62–64.
- Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Unter Mitarbeit von Christian Schmieder, Kristina Maria Weber, Thorsten Dresing und Thorsten Pehl. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden*. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6231-1.pdf>.
- La Cruz, Lorena de; Roes, Martina; Vogt, Birgit; Alpers, Birgit (2017): Das UKE Kompetenzmodell. In: *PADUA* 12 (2), S. 117–125. DOI: 10.1024/1861-6186/a000366.
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien*. 6., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz. Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1116682>.

- Lange, Heike; Gisch, Désirée (2017): Bachelorabsolventen Pflege 2016. Eine qualitative Studie, Teilstudie 2. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 3 (5), S. 136–145.
- Latham, Kathy; Nyatanga, Brian (2018): Community palliative care clinical nurse specialists as independent prescribers: part 1...first of a two-part article. In: *BR J COMMUNITY NURS* 23 (2), S. 94–98. DOI: 10.12968/bjcn.2018.23.2.94.
- Leadbeater, Maria (2013): The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer. In: *INT J PALLIAT NURS* 19 (2), S. 93–97. DOI: 10.12968/ijpn.2013.19.2.93.
- Lee, Charlotte T.; Fitzgerald, Barbara (2013): Model of care and pattern of nursing practice in ambulatory oncology. In: *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique* 23 (1), S. 19–27. DOI: 10.5737/1181912x2311922.
- Lehmann, Yvonne; Schaepe, Christiane; Wulff, Ines; Ewers, Michael (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? Heidelberg: medhochzwei.
- Lillo-Crespo, Manuel; Riquelme-Galindo, Jorge; Baetselier, Elyne de; van Rompaey, Bart; Dilles, Tinne (2022): Understanding pharmaceutical care and nurse prescribing in Spain: A grounded theory approach through healthcare professionals' views and expectations. In: *PloS one* 17 (1), e0260445. DOI: 10.1371/journal.pone.0260445.
- Link, Denise G.; Perry, Diane; Cesarotti, Evelyn L. (2014): Meeting new health care challenges with a proven innovation: Nurse-managed health care Clinics. In: *Nursing Administration Quarterly* 38 (2), S. 128–132. DOI: 10.1097/NAQ.0000000000000004.
- Löser-Priester, Ingeborg (2017): Pflegestudium- und dann? In: *Dr. med. Mabuse* (225), S. 55–57.
- Lovink, Marleen Hermien; Laurant, Miranda Gh; van Vught, Anneke Jah; Maassen, Irma; Schoonhoven, Lisette; Persoon, Anke; Koopmans, Raymond Tcm (2019): Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study. In: *BMJ Open* 9 (5), e028169. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028169.
- Lücke, Stephan (2020): Community Health Nursing studieren. In: *Die Schwester der Pfleger* (9), S. 70–72.
- Luther, Brenda; Barra, Joyce; Martial, Marc-Aurel (2019): Essential Nursing Care Management and Coordination Roles and Responsibilities: A Content Analysis. In: *PROF CASE MANAGE* 24 (5), S. 249–258. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000355.
- Maier, Claudia B.; Aiken, Linda H. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. In: *European journal of public health* 26 (6), S. 927–934. DOI: 10.1093/eurpub/ckw098.
- Maier, Claudia B.; Aiken, Linda H.; Busse, Reinhard (2017): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers No. 98. Hg. v. OECD. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.
- Martin-Misener, Ruth; Bryant-Lukosius, Denise; Harbman, Patricia; Donald, Faith; Kaasalainen, Sharon; Carter, Nancy et al. (2010): Education of advanced practice nurses in Canada. In: *NURS LEADERSH (1910-622X)* 23 Spec No 2010, S. 61–84. DOI: 10.12927/cjnl.2010.22269.
- Mattila, Elina; Leino, Kaija; Paavilainen, Eija; Astedt-Kurki, Päivi (2009): Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. In: *SCAND J CARING SCI* 23 (3), S. 611–622. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00652.x.
- Mc Conkey, Robert W.; Hahessy, Sinead (2018): Developing the advanced nursing practice role in non-muscle invasive bladder cancer surveillance in Ireland. In: *International Journal of Urological Nursing* 12 (2-3), S. 91–95. DOI: 10.1111/ijun.12168.
- Mertens, Anne; Overberg, Jasmin; Röbbken, Heinke; Deppermann, Jana; Gockel, Julia; Heckroth, Antje et al. (2019): Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands. In: *Pflege* 32 (1), S. 17–29. DOI: 10.1024/1012-5302/a000650.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002): ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hg.): *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71–93.
- Misoch, Sabina (2015): *Qualitative Interviews*. Berlin/München/Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Misoch, Sabina (2019): *Qualitative Interviews*. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg (De Gruyter Studium).
- Mohammed, Shan; Savage, Pamela; Kevork, Nanor; Swami, Nadia; Rodin, Gary; Zimmermann, Camilla (2020): “I’m going to push this door open. You can close it”: A qualitative study of the

- brokering work of oncology clinic nurses in introducing early palliative care. In: *Palliative Medicine* 34 (2), S. 209–218. DOI: 10.1177/0269216319883980.
- Müller-Staub, Maria; Zigan, Nicole; Händler-Schuster, Daniela; Probst, Sebastian; Monego, Renate; Imhof, Lorenz (2015): Umsorgt werden und umsorgen: Leben mit mehreren Langzeiterkrankungen (Leila) - Eine qualitative Studie zum Beitrag von APN in integrierter Versorgung. In: *Pflege* 28 (2), S. 79–91. DOI: 10.1024/1012-5302/a000410.
- Murray-Parahi, Pauline; Edgar, Valerie; Descallar, Joseph; Comino, Elizabeth; Johnson, Maree (2017): ENSCOPE: Scoping the Practice of Enrolled Nurses in an Australian Community Health Setting. In: *International Nursing Review* 64 (1), S. 59–68. DOI: 10.1111/inr.12305.
- Naegele, Matthias; Münster, S.; Gottlieb, T. (2019): Woran erkenne ich eine Advanced Practice Nurse. In: *Onkologische Pflege* 1, S. 44–48.
- Neylon, Julie (2015): Nurse-led management of chronic disease in a residential care setting. In: *Nursing Older People* 27 (9), S. 22–26. DOI: 10.7748/nop.27.9.22.s18.
- Nissanholtz-Gannot, Rachel; Rosen, Bruce; Hirschfeld, Miriam; The Community Nursing Study Group (2017): The changing roles of community nurses: The case of health plan nurses in Israel. In: *Israel Journal of Health Policy Research* 6 (1). DOI: 10.1186/s13584-017-0197-5.
- Nock, Annike Morgane; Iversen, Linda; Waidhas, Lukas; Petersen-Ewert, Corinna (2022): Community Health Nursing in der Stadt (CoSta). In: *Pflege* 35 (6), S. 373–380. DOI: 10.1024/1012-5302/a000902.
- O'Connor, Margaret; Palfreyman, Stacey; Borghmans, Felice (2018): Reflections on establishing a nurse practitioner role across acute hospital and home-based palliative care settings in Australia. In: *International Journal of Palliative Nursing* 24 (9), S. 436–442. DOI: 10.12968/ijpn.2018.24.9.436.
- Oehmen, Ulrike (2013): Neugierde fördern. In: *Altenpflege* 38 (12), S. 39–41.
- Pearce, Chris; Breen, Beverly (2018): Advanced clinical practice and nurse-led clinics: A time to progress. In: *British Journal of Nursing* 27 (8), S. 444–448. DOI: 10.12968/bjon.2018.27.8.444.
- Peel, Charlie; Thomas, Sue (2022): The importance of community nurses in supporting Parkinson's patients on complex therapies. In: *BR J COMMUNITY NURS* 27 (2), S. 90–95. DOI: 10.12968/bjcn.2022.27.2.90.
- Perkhofer, Susanne; Gebhart, Verena; Tucek, Gerhard (2016): Qualitative Forschung. In: Valentin Ritschl, Roman Weigl und Tanja Stamm (Hg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit), S. 68–130.
- Peters, Micah D. J.; Godfrey, Christina M.; Khalil, Hanan; McInerney, Patricia; Parker, Deborah; Soares, Cassia Baldini (2015): Guidance for conducting systematic scoping reviews. In: *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 13 (3), S. 141–146. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050.
- Petry, Heidi; Suter-Riederer, Susanne; Kerker-Specker, Carmen; Imhof, Lorenz (2014): Beratungsqualität von Pflegeexpertinnen-APN im spitalexternen Bereich (APN-BQ) - Psychometrische Testung des Instruments. In: *Pflege* 27 (6), S. 393–403. DOI: 10.1024/1012-5302/a000392.
- Phelan, Amanda; McCormack, Brendan (2016): Exploring nursing expertise in residential care for older people: a mixed method study. In: *Journal of Advanced Nursing* 72 (10), S. 2524–2535. DOI: 10.1111/jan.13001.
- Pichler, Erika (2021): Die Handlungsspielräume erweitern. In: *ÖKZ* 62 (5), S. 37–38. DOI: 10.1007/s43830-021-0045-3.
- Pundt, Johanne; Cacace, Mirella (2019): *Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit*. Bremen: Apollon University Press.
- Rakhab, Aranya; Jackson, Christine; Nilmanat, Kittikorn; Butterworth, Tony; Kane, Roslyn (2021): Factors supporting career pathway development amongst advanced practice nurses in Thailand: A cross-sectional survey. In: *International Journal of Nursing Studies* 117. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103882.
- Raleigh, Mary; Allan, Helen (2017): A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. In: *Journal of Clinical Nursing* 26 (13-14), S. 2025–2035. DOI: 10.1111/jocn.13613.
- Rappold, Elisabeth; Edtmayer, Alice; Kozisnik, Petra (2021): Ein Ausschnitt aus einem komplexen Aufgabenspektrum. In: *ProCare* 26 (6-7), S. 12–15. DOI: 10.1007/s00735-021-1368-8.

- Reuschenbach, Bernd (2021): Neues Berufsbild: Community Health Nurse. In: *Heilberufe* 73 (3), S. 48–51. DOI: 10.1007/s00058-021-1977-4.
- Reuschenbach, Bernd; Metzinger, Sabine; Peters, Maria; Söhngen, Julia; Weidner, Frank; Völkel, Manuela et al. (2022): Kernelemente für die Entwicklung eines Kerncurriculums zu Community Health Nursing. Ein Diskussionsbeitrag. In: *Pflege & Gesellschaft* 27 (1), S. 82–88.
- Reville, Barbara; Foxwell, Anessa M. (2017): Competency Milestones: Guidelines for Advanced Practice Palliative Nurses. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 19 (4), S. 339–342. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000352.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Bericht Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtl/d/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 01.02.2023.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hg.) (2018): 360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten. Stuttgart. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-08/RBS_Broschuere_360%C2%B0_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 23.04.2022.
- Romberg, Anna; Heinze, Cornelia; Tannen, Antje (2022): Interventionen der Schulgesundheitspflege in Deutschland. In: *Pflege* 35 (6), S. 319–325. DOI: 10.1024/1012-5302/a000904.
- Rutz, Eveline (2020): Unterwegs für psychisch kranke Menschen. In: *Vitamin G Für Health Professionals mit Weitblick* (8), Artikel 2504-1835, S. 21–23.
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten. Hg. v. SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt geprüft am 02.03.2023.
- Salmi, Riikka; Tolvanen, Mimmi; Suhonen, Riitta; Lahti, Satu; Nijrhi, Timo (2018): Knowledge, perceived skills and activities of nursing staff to support oral home care among older domiciliary care clients. In: *SCAND J CARING SCI* 32 (4), S. 1342–1347. DOI: 10.1111/scs.12579.
- Schacke, Claudia (2018): Akademisierung der Altenpflege: Soziale Gerontologie in Berlin. In: *PflegeZeitschrift* 71 (3), S. 46–49. DOI: 10.1007/s41906-018-0416-x.
- Schädle-Deininger, Hilde (2020): Bildung und Psychiatrische Pflege. In: *PADUA* 15 (1), S. 43–49. DOI: 10.1024/1861-6186/a000534.
- Schäffer, Doris (2011): Pflegereform für Gutmenschen? In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 65 (05-06), S. 30–37.
- Scheel, Yanick-Daniel; Beister, Bianca; Mann, Marcel; Eggerer, Andreas; Wortha-Hoyer, Jenny; Pottkämper, Karen (2018): Intensivpflege studieren? In: *intensiv* 26 (04), S. 189–192. DOI: 10.1055/a-0594-1849.
- Scheydt, Stefan; Holzke, Martin (2018a): Erweiterte psychiatrische Pflegepraxis. Entwicklung und Diskussion eines heuristischen Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie. In: *Pflegewissenschaft* 20 (3), S. 146–154.
- Scheydt, Stefan; Holzke, Martin (2018b): Spezialisierte Rollenprofile in der psychiatrischen Pflege. In: *PflegeZeitschrift* 71 (12), S. 48–51. DOI: 10.1007/s41906-018-0813-1.
- Schmitte, Holger (2016): APN in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: *Heilberufe* 68 (11), S. 58–60. DOI: 10.1007/s00058-016-2464-1.
- Schmucker, Christine; Motschall, Edith.; Antes, Gerd; Meerpohl, Joerg J. (2013): Methoden des Evidence Mappings. Eine systematische Übersichtsarbeit. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (10), S. 1390–1397. DOI: 10.1007/s00103-013-1818-y.
- Schober, Madrean; Affara, Fadwa (2009): International Council of Nurses. Advanced Nursing Practice. 1. Aufl. Hoboken: Wiley.
- Schober, Madrean; Affara, Fadwa A. (2006): International Council of Nurses. Advanced nursing practice. Oxford: Blackwell. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0802/2006006420-b.html>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2021. Destatis. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft->

- Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.html, zuletzt geprüft am 04.05.2023.
- Stephanow, Valeska (2020): Advanced Practice Nurses: Pionierarbeit am Patienten. In: *Pflege* 73 (4), S. 10–13. DOI: 10.1007/s41906-020-0680-4.
- Studer, Mechhild W.; Miracco, Romina (2018): Synthese zwischen Somatik und Psychiatrie braucht Leadership. In: *Competence* (3), S. 35.
- Szepan, Nadine-Michèle (2021): Den Verantwortungsbereich der Pflege ausweiten. Community Health Nursing aus Krankenkassensicht. In: *Die Schwester der Pfleger* (1), S. 56–59.
- Taniguchi, Chinatsu; Seto, Natsuko; Shimizu, Yasuko (2021): Outpatient nursing support for self-monitoring in patients with chronic heart failure. In: *PloS one* 16 (7), e0254019. DOI: 10.1371/journal.pone.0254019.
- Tannen, Antje; Feuchtinger, Johanna; Strohbücker, Barbara; Kocks, Andreas (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 120, S. 39–46. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.11.002.
- Toney-Butler, Tammy J.; Unison-Pace, Wendy J. (2022): Nursing Admission Assessment and Examination. Treasure Island (FL).
- Ullmann, Peter; Thissen, Katrin; Ullmann, Birgit; Schwerdt, Ruth; Haynert, Harald; Grissom, Brigitte et al. (2011): Positionspapier Deutschland "Die kopernikanische Wende". Version 1.30. Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing. Witten.
- Vogl, Susanne (2014): Gruppendiskussion. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS (Handbuch), S. 581–586.
- Völkel, Manuela; Peters, Maria (2020): Community Health Nursing. In: *ProAlter* (2), S. 24–28.
- Wahlberg, Anna Carin; Bjorkman, Annica (2018): Expert in nursing care but sometimes disrespected-Telenurses' reflections on their work environment and nursing care. In: *Journal of Clinical Nursing* 27 (21-22), S. 4203–4211. DOI: 10.1111/jocn.14622.
- Wegner, Yvonne (2019): Pflegeexperten. Ein Konzept zur Implementierung hochschulisch ausgebildeter Pflegekräften in der Pflegepraxis. 1. Auflage. Baden-Baden: Tectum Wissenschaftsverlag (Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag: Reihe Soziale Arbeit).
- Weidner, Frank; Schubert, Christina: Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm "360° Pflege - Qualifikationsmix für Patient:innen - in der Praxis". Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) im Auftrag der Robert Bosch Stiftung GmbH. Köln.
- Wheatley, Iain (2006): The nursing practice of taking level 1 patient observations. In: *INTENSIVE CRIT CARE NURS* 22 (2), S. 115–121. DOI: 10.1016/j.iccn.2005.08.003.
- Widyarani, Destia; Susanto, Tantut; Dwi Wahyuni; Huong Thi Thu Pham (2020): Identifying Community/Public Health Nursing Competencies in Indonesia: A Modified Delphi Method. In: *Nurse Media Journal of Nursing* 10 (3), S. 350–360. DOI: 10.14710/nmjn.v10i3.29435.
- Wientjens, Renate; Nothacker, Karin; Schöllhorn, Lena (2021): Qualifikationsmix als strategisches Mittel. In: *PflegeZeitschrift* 74 (6), S. 22–25. DOI: 10.1007/s41906-021-1036-4.
- Wissenschaftsrat (2012a): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, S. 8. Online verfügbar unter https://www.vdd.de/fileadmin/downloads/Neu2012/Empfehlung_Wissenschaftsrat_2411-12.pdf.
- Wissenschaftsrat (2012b): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln ([Drucksache] / Wissenschaftsrat, 2411-12). Online verfügbar unter <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>.
- Wissenschaftsrat (2019): Empfehlungen zu hochschulischer Weiterbildung als Teil des lebenslangen Lernens. Vierter Teil der Empfehlung zur Qualifizierung von Fachkräften vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2019/7515-19.html>.
- Wissenschaftsrat (2022): HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem. Update. Hg. v. German Science And Humanities Council.
- Wolff, Julia K.; Pflug, Claudia; Rellecke, Julian; Rieckhoff, Sandra; Dehl, Terese; Nolting, Hans-D. (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß §7a Absatz 9

- SGBXI. Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband. Hg. v. IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe. Berlin.
- Wright, Lorraine M.; Leahey, Maureen; Shajani, Zahra; Snell, Diana (2021): Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hg. v. Barbara Preusse-Bleuler. Bern: Hogrefe.
- Zegelin, Angelika (2020): Pflege breiter aufstellen. Versorgung in kommunaler Verantwortung. In: *Die Schwester, Der Pfleger* (5), S. 52–55.
- Zimmermann, Markus; Peters, Tim (2021): Vom Pflexit zum Reflective Practitioner. In: *PflegeZeitschrift* 74 (6), S. 10–13. DOI: 10.1007/s41906-021-1049-z.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Advanced Practice Nurse (APN)	<p>APN basiert auf dem Modell von Hamric und Hanson (Hamric et al. 2019) und beinhaltet die Beschreibung von (Kern-)Kompetenzen sowie die vorausgesetzten Qualifikationen im Bildungsweg.</p> <p>Eine APN ist eine Pflegefachperson, die sich durch ein zusätzliches Studium (auf Master-Ebene) Expert*innenwissen, die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten sowie klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2020).</p>
Berufspolitische Vertreter*innen	<p>Zusammenschlüsse von Akteur*innen, wie Deutscher Pflegerat, Fachkommissionen, Berufsverbände, Gewerkschaften und Vertreter*innen von weiteren Gremien, die die Pflege repräsentieren.</p>
Grade-Mix	<p>Grade-Mix beschreibt die Mischung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus innerhalb einer Berufsgruppe (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2021).</p>
Heilkundliche Tätigkeiten	<p>Jede Tätigkeit zur Feststellung/Heilung/Linderung von Krankheiten und körperlichen Beschwerden (HeilprG § 1 Abs. 2).</p>
Pflegeberufegesetz (PflBG)	<p>Das Pflegeberufegesetz bildet auf gesetzlicher Ebene die Grundlage pflegerischen Handelns und wird im Detail durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die Finanzierungsverordnung umgesetzt.</p>
Primärqualifizierendes Pflegestudium	<p>Mit dem neuen Pflegeberufegesetz aus dem Jahr 2020 wurde die Möglichkeit eröffnet, ein hochschulisches Pflegestudium zu absolvieren und dadurch eine Berufszulassung in der Pflege zu erlangen (§ 39 PflBG). Die gesamte Ausbildungsverantwortung und die Koordination, sowohl für die praktische als auch die theoretische Ausbildung, obliegt laut Gesetz den Hochschulen (§ 38 Abs.4 PflBG).</p>
Skills-Mix	<p>Skills sind Fähigkeiten von Personen und damit auch individuelle Merkmale.</p>

Anhang

Detailliertes Vorgehen der Identifizierung relevanter Studien nationaler Review

Die Literaturrecherche wurde als Titel/Abstract-Suche in der Datenbank CareLit durchgeführt. In CareLit finden sich alle deutschsprachigen Pflegezeitschriften wieder. Eingeschlossen wurden Texte, die ab dem 01.01.2011 veröffentlicht wurden. Folgende Kriterien bezüglich Population, Konzept und Kontext (PCC, Elm et al. 2019; Peters et al. 2015) beschreiben die Ein- und Ausschlusskriterien:

- Akademisierten Pflegefachpersonen (Population)
- Rahmenbedingungen, Aufgaben, Rollen oder Kompetenzen (Konzept)
- in der stationären und ambulanten Langzeitpflege oder im Quartier (Kontext)
- in Deutschland (Kontext).

Ausgeschlossen wurden Artikel, die sich auf die Akutpflege im Krankenhaus beziehen. Eingeschlossen wurden Texte, die sich allgemein auf akademisierte Pflegefachpersonen in keinem spezifischen Setting beziehen. Aus diesen Ein- und Ausschlusskriterien ergab sich nach einer notwendigen Kürzung aufgrund der Zeichenbeschränkung in CareLit folgender Suchstring für die Datenbankrecherche:

(ABSTRACT=studiert* ODER ABSTRACT=akademi*) UND ABSTRACT=Pflege* ODER ABSTRACT=APN ODER ABSTRACT=advanced UND ABSTRACT=practice UND ABSTRACT=nurs* ODER ABSTRACT=CHN ODER ABSTRACT=community UND ABSTRACT=health UND ABSTRACT=nurs* ODER ABSTRACT=Nurs* UND ABSTRACT=Practitioner* UND (ABSTRACT=Aufgabe* ODER ABSTRACT=Rolle* ODER ABSTRACT=Kompetenz* ODER ABSTRACT=Fähigkeit* ODER ABSTRACT=Skill*) UND (ABSTRACT=Altenpflege* ODER ABSTRACT=Langzeitpflege ODER (ABSTRACT=ambulant* ODER ABSTRACT=häuslich*) UND ABSTRACT=Pflege* ODER ABSTRACT=Quartier*)

Insgesamt wurden 652 Artikel für den Zeitraum Januar 2011 bis Juli 2022 identifiziert. Die Abstracts der Artikel wurden von zwei Reviewerinnen gesichtet und hinsichtlich der Einschlusskriterien überprüft. Von diesen Artikeln wurden 198 als potenziell relevant eingestuft. Aufgrund fehlender Zugriffsrechte konnten 36 Artikel nicht in das Volltextscreening einbezogen werden.

Von den verbliebenen 162 Artikeln wurden im Volltext-Screening weitere 100 ausgeschlossen. Die wesentlichen Ausschlusskriterien des Volltextscreenings waren hierbei deutschsprachige Darstellungen internationaler Literatur, Abwägungen zum Nutzen einer Akademisierung,

Vorstellungen und Informationen über (neue) Studiengänge sowie nochmals das Setting Krankenhaus. Es wurden sowohl Publikationen aus Journals mit Peer-Review-Verfahren als auch Publikationen ohne ein solches Verfahren eingeschlossen, wenn diese als thematisch relevant für die Forschenden erschienen.

Im Ergebnis sind 51 Volltexte aus der Literaturrecherche in das Review eingeschlossen. Ergänzend zu der dargestellten Datenbankrecherche konnten weitere 7 Texte durch eine Handsuche identifiziert werden, u. a. zu politischen Rahmenbedingungen, Forschungsberichte sowie Stellungnahmen von Berufsverbänden. Somit erhöht sich die Anzahl relevanter Volltexte auf 59, die in das Review einbezogen sind.

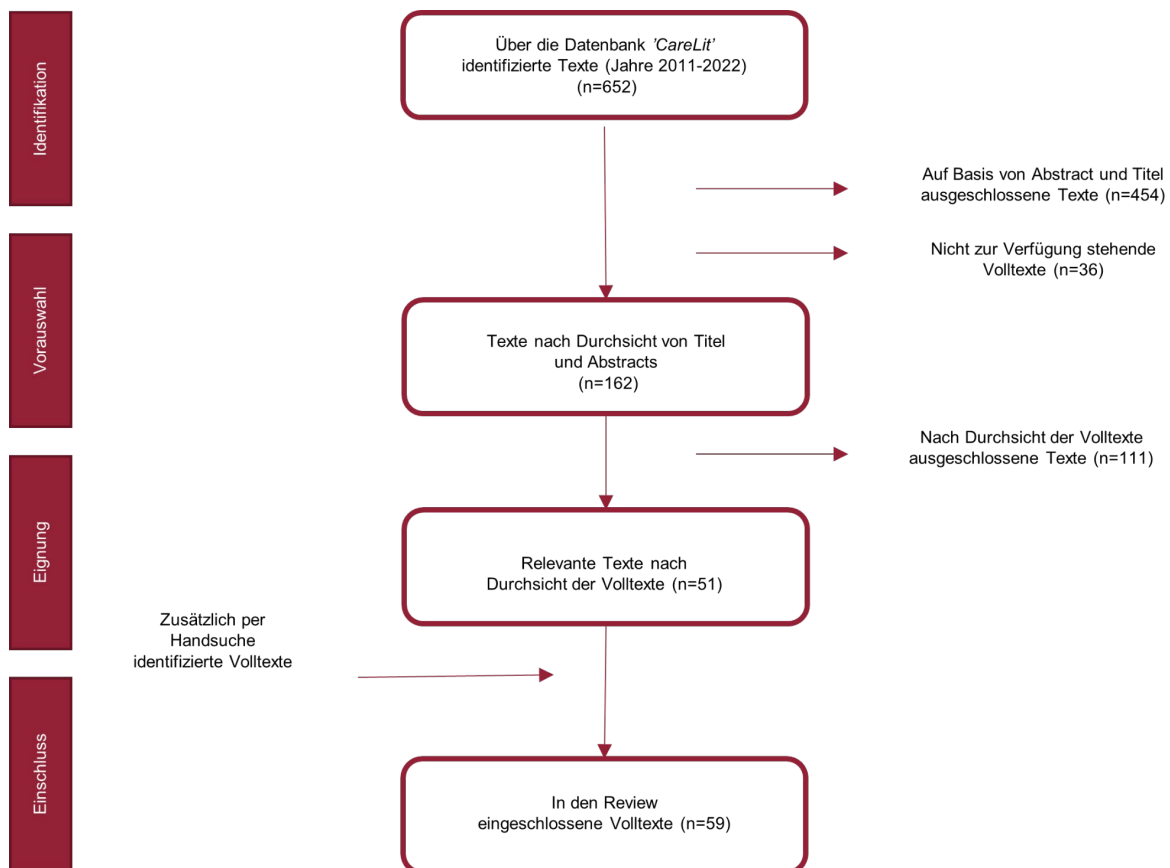


Abbildung 3: PRISMA Flow Diagramm nationaler Review

Detalliertes Vorgehen der Identifizierung relevanter Studien internationaler Review

Die Forschungsfrage für das internationale Review wurden wie folgt formuliert:

„Welche Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte in der ambulanten und stationären Langzeitpflege und im Quartier im internationalen (englischsprachigen und deutschsprachigen Ausland) Raum?“

Die daraus abgeleiteten Forschungssettings sind: *community care, outpatient care, longterm care, ambulatory care, longterm care, elderly care, residential care, district care und nurse led clinics*.

Für die Erstellung eines Suchstrings wurde daraus folgend das PICO-Schema angewendet (siehe Tabelle 1). Ferner ist ein exemplarischer Suchstring dargestellt.

Tabelle 25: PICO Schema Review international

Suchkomponenten	Suchbegriffe
Suchkomponente 1: P - Population	„community health nurse“, „nurse practitioner“, „advanced nurse practitioner“, „advanced practice nurse“
Suchkomponente 2: I - Interest	„competency“, „competence“, „tasks“, „functions“, „activities“, „roles“, „qualifications“, „responsibilities“, „assignments“, „skills“, „expertise“
Suchkomponente 3: Co - Context	„outpatient care“, ambulatory care“, „longterm care“, „elderly care“, „residential care“, „district care“, „day care“, „nurse led clinics“, „community care“

Beispielhafter Suchstring (PubMed)

```
(((((„Community health nurse“[Title/Abstract] OR „Advanced nurse practitioner“[Title/Abstract] OR „Advanced practice nurse“[Title/Abstract] OR „nurse practitioner“[Title/Abstract] OR „nursing expert“[Title/Abstract] OR „academic nurse“[Title/Abstract]) AND „advanced nursing practice“[Title/Abstract]) OR „competency“[Title/Abstract] OR „competence“[Title/Abstract] OR „Task“[Title/Abstract] OR „Evidence based nursing“[Title/Abstract] OR „function“[Title/Abstract] OR „activities“[Title/Abstract] OR „Role“[Title/Abstract] OR „Qualification“[Title/Abstract] OR „Responsibility“[Title/Abstract] OR „assignments“[Title/Abstract] OR „skills“[Title/Abstract] OR „Expertise“[Title/Abstract]) AND „Outpatient care“[Title/Abstract] OR „Ambulatory care“[Title/Abstract]
```

OR „Longterm care”[Title/Abstract] OR „Elderly care”[Title/Abstract] OR „Residential care”[Title/Abstract] OR „District nursing”[Title/Abstract] OR „Day care”[Title/Abstract] OR „Nurse led clinics”[Title/Abstract] OR „Community care”[Title/Abstract]) NOT „children”[Title/Abstract]) (AND (alladult[Filter] OR adult[Filter] OR middleagedaged[Filter] OR middleaged[Filter] OR aged[Filter] OR 80andover[Filter] OR youngadult[Filter]))

Für die Identifizierung relevanter Studien wurden einschlägige Datenbanken verwendet. Dabei umfasste die Recherche die elektronischen Datenbanken: CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, PubMed, CareLit sowie SCOPUS. Die Literaturrecherche wurde intermittierend zwischen Mai 2021 bis Januar 2023 durchgeführt. Gleichzeitig wurden auch Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

- *Einschlusskriterien:* Beschreibung von Aufgaben, Tätigkeiten, Kompetenzen und Rollen von akademisierten Pflegefachkräften, ausschließlich Peer-Review Studien, englischsprachige und deutschsprachige Studien, Publikationen der letzten 10 Jahre
- *Ausschlusskriterien:* Bücher, Editorials und Systematic-Reviews, keine geografischen Einschränkungen, Ausschluss von Studien: clinical, education, children

Die Autor*innen filterten die Studien anhand eines Title/Abstract/Keyword Screenings. Bei Unklarheiten und Unsicherheiten wurden weitere Mitglieder aus dem Forschungsteam hinzugezogen. Daran anschließend wurde das Volltextscreening durchgeführt. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich nicht auf Tätigkeiten, Rollen, Kompetenzen oder Aufgaben, akademisierter Pflegefachkräfte beziehen oder nicht explizit dem definierten Setting zuzuordnen sind. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, bei denen kein Peer-Review Verfahren durchgeführt wurde. Ähnliche Ergebnisse bei der Recherche zeigten, dass die verantwortlichen Autor*innen ein gleiches Verständnis des Forschungsgegenstandes hatten. Die nach den Ausschlusskriterien eruierten Artikel wurden im Anschluss von zwei Autor*innen untersucht, um einen Konsens zu finden. Die folgenden konzeptionellen Daten wurden nach den folgenden Aspekten extrahiert: Autor, Land, Setting, Kontext, Aufgabe/Tätigkeit, pflegerische Bezeichnung und Studiendesign. Am Ende der Studienauswahl wurden alle Artikel, die Aufgaben und Tätigkeiten ausschließlich benennen und nicht beschreiben, entfernt, sodass 49 Studien eingeschlossen wurden. Das folgende PRISMA Diagramm zeigt den Verlauf der Studienauswahl auf.

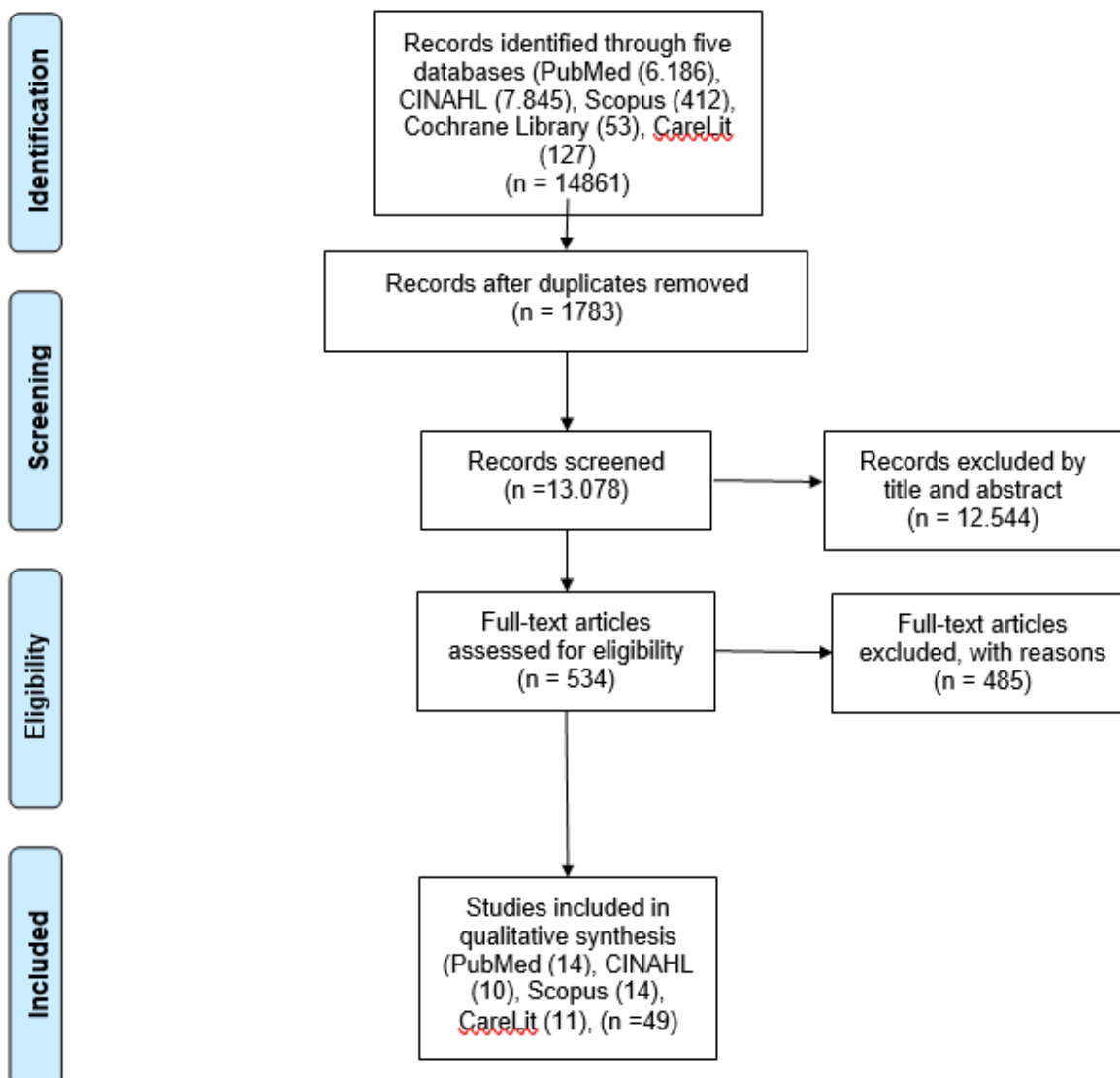


Abbildung 4: PRISMA Flow Diagramm internationaler Review